| Sucursal | Ramo | Póliza No. | Referencia No. | Certificado No. |
|---|---|---|---|---|
| Zona Liberty | 26 | 4029 | 26210180276 | 26210180276005 |

# RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Admon

## CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tomador: | COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA | | | Ident. / T.I. | 890300625 NIT |
| Teléfono Tomador: | 3330000 | | | | |
| Responsable de pago: | ADRIANA MORENO ALMANZA | | | Ident. / T.I. | 1082860477 CC |
| Asegurado: | ADRIANA MORENO ALMANZA | | | Ident. / T.I. | 1082860477 CC |
| Teléfono Asegurado: | 4371435 | Correo Electrónico: | ADRIIMORENO5@GMAIL.COM | | |
| Beneficiario: | TERCEROS RECLAMANTES | | | Ident. / T.I. | 1 CC |
| Teléfono Beneficiario: | | Correo Electrónico: | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA) | Desde 00:00 | 01/10/2024 | Hasta 00:00 | 01/10/2025 | Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA) | Desde 00:00 | 19/11/2024 | Hasta 00:00 | 01/10/2025 |

***UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO***

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | KR 14 A 11 67 | | | | |
| Ciudad: | SANTA MARTA | Departamento: | MAGDALENA | Teléfono: | 4210873 |
| Nombre: | ADRIANA MORENO ALMANZA | | | Ident. | 1082860477 |

Especialidad: ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA, COLOPROCTOLOGIA, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, DERMATOLOGÍA, ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, ENFERMEDADES VASCULARES, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, EPIDEMIOLOGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, GLAUCOMA, HEMATOLOGÍA, HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA, IMAGENOLOGIA ONCOLÓGICA, KINESIÓLOGO, MEDICINA AEROSPACIAL, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA DEL DEPORTE, MEDICINA DEL DOLOR, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN, MEDICINA FORENSE, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, MEDICINA OCUPACIONAL, MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA MATERNO FETAL, NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, OBSTETRICIA, OFTALMOLOGÍA, ONCOLOGÍA, ORTOPEDIA, OTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA, RINOLOGÍA, TOXICOLOGÍA, PROSTODONCIA, PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR, REHABILITACIÓN ORAL, ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA, ENFERMERÍA MATERNA PERINATAL, ENFERMERÍA NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, CUIDADO CRÍTICO, CUIDADO RESPIRATORIO, ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO, FISIOTERAPIA – KINESIOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIABETO LOGIA, ENDOCRINOLOGÍA, ERGONOMÍA, FISIATRÍA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, INFECTO LOGIA, PATOLOGÍA, SALUD OCUPACIONAL, TERAPIA MIOFUNCIONAL ORO FACIAL Y DISFAGIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, VETERINARIA

***DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES***

**Plan Contratado:** PLAN UNICO

| AMPARO | LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo |
|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL | $ 500.000.000 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS | SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL | |
| GASTOS DE DEFENSA | SUBLIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO $60'000,000= | |
| GASTOS DE DEFENSA EN CASACION | SUBLIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO $20'000,000= | |
| PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES | SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL | |
| LUCRO CESANTE | SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EVENTO / VIGENCIA | |

***DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS***

| NOMBRE ASEGURADO | T.I. | NUM. DE IDENTIF. |
|---|---|---|
| ADRIANA MORENO ALMANZA | CC | 1082860477 |

| NOMBRE BENEFICIARIO | T.I. | NUM. DE IDENTIF. |
|---|---|---|
| TERCEROS RECLAMANTES | CC | 1 |

***DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES***

**CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:**
**CLAUSULA DEFINICIONES:**

**SMMLV:** Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
**SMDLV:** Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
**N.A.:** No Aplica.

**CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:**

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Para Médicos, Odontólogos y Demás Profesionales Del Sector Sanidad, las cuales se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

ORIGINAL

| Sucursal | Ramo | Póliza No. | Referencia No. | Certificado No. |
|---|---|---|---|---|
| Zona Liberty | 26 | 4029 | 26210180276 | 26210180276005 |

## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Admon

## CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

***DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES***

**CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:**
Como consecuencia de haber leído y entendido lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de aceptación de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

**RENOVACIÓN**

Esta Póliza se renovará a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso, la vigencia de la Póliza será hasta la fecha en que se termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario oneroso su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

**CONTACTO COOMEVA:**

En caso de requerir información adicional ponemos a tu disposición nuestra red de oficinas Coomeva, la línea nacional de atención 01 8000 950 123 opción 4, vía celular #464 Opción 4 o ingresando a nuestra página web www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

**DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:**

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente retroactividad se tomará al inicio de vigencia de la misma. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza, aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

El valor de prima que se indica en el presente documento se estableció de acuerdo a los datos y características que el cliente entregó en el proceso de emisión. En caso de presentarse alguna modificación o corrección sobre estos datos, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar los ajustes de prima que considere pertinente de acuerdo a sus políticas de suscripción aplicables al ramo objeto de este seguro.

**OBSERVACIONES:**
retencion cct - reemplaza la poliza ref: 26240283692

**DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):**

| NUMERO DE RECIBO | FECHA DE RECAUDO | VALOR RECAUDADO |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INTERMEDIARIO:** COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS **Part. %** 100% | **FORMA DE PAGO:** | **VALOR IVA VIGENCIA:** $ 117.880 | **VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 738.302 |
| **ASEGURADORA:** HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. **Part. %** 100% | **VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:** $ 0 | | **PRIMA MENSUAL CON IVA:** $ 280.236 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **USUARIO:** | EDIER MUÑOZ QUINTERO | **CANAL:** | VENTA DIRECTA | **PROCEDENCIA:** | ASOCIADO | **PROMOTOR:** | Edier Muñoz Quintero |
| **FECHA IMPRESIÓN:** | 11/12/2024 | **REGIONAL:** | Regional Liberty | **ZONA CIUDAD:** | Nacional | **OFICINA:** | Oficina Liberty |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.**

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link https://www.libertycolombia.com.co/personas/seguros-responsabilidad-civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escríbanos atencionalcliente@libertycolombia.com

**VERSIÓN CONDICIONADO:** **Póliza de Seguro Responsabilidad Civil medica Versión 26/08/2024-1333-P-06-RESPCIVMEDICYODO-D00I**
**DEFENSOR DEL CLIENTE:** **Defensor Del Consumidor Financiero, E-mail: defensor.liberty@libertycolombia.com, Teléfonos +57 601 4898285, +57 601 6092013, 3208312863 o 3224163490**
**NOTIFICACIONES:** **Calle 36 N # 6A- 65, Piso 13 – Of. 1310, Edificio World Trade Center - Cali, Colombia; Tel: +57 602 660-30-50**

**HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.039.988-0**
**FIRMA AUTORIZADA**

**FIRMA DEL ASEGURADO**

ORIGINAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA