

Sucursal Zona Santafe de Bogota D.C.	Ramo 26	Póliza No. 4029	Referencia No. 26250013694	Certificado No. 26250013694000
--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	--



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

CERTIFICADO DE: INCLUSIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA			Ident. / T.I.	890300625	NIT
Teléfono Tomador:	3330000					
Responsable de pago:	CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN			Ident. / T.I.	80082840	CC
Asegurado:	CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN			Ident. / T.I.	80082840	CC
Teléfono Asegurado:						
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1	CC
Teléfono Beneficiario:						
Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 01/10/2024	Hasta 01/10/2025	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 17/01/2025	Hasta 01/10/2025	

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CR 11 A 117 50 AP 203		Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	Teléfono:	3108129
Ciudad:	BOGOTÁ				Ident.	80082840
Nombre:	CAMILO ANDRES PENA MERCHAN					
Especialidad:	CABEZA Y CUELLO, CARDIOLOGÍA, CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, CIRUGÍA DE COLUMNA, CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS, CIRUGÍA DE MANO CIRUGÍA DE TÓRAX (CIRUGÍA TORÁCICA), CIRUGÍA GASTROENTEROLÓGICA, CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA, CIRUGÍA GENERAL, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA PEDIÁTRICA, CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA, CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA, GERIATRÍA, LARINGOLOGÍA, MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, NEFROLOGÍA, NEONATOLOGÍA, NEOPLÁSICA, NEUMOENCELOGRAFIA, NEUMOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, NEUROLOGÍA, OCULOPLASTIA, QUIMIOTERAPIA, RADIOLOGÍA - CON DIAGNÓSTICO, RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS, RADIOTERAPIA O TERAPIA RADIANTE, TORÁCICA, UROLOGÍA, VASCULAR, CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO MAXILO FACIAL, ORAL Y MAXILOFACIAL, REMOCIÓN DE HUESO-CORDALES IMPACTADAS, REMOCIÓN DE TEJIDO CORDALES IMPACTADAS, OTORRINO Y OFTALMOLOGÍA					

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LÍMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LÍMITE Y/O SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	\$ 1.000.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUBLÍMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO \$60'000,000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUBLÍMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO \$20'000,000=	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
LUCRO CESANTE	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EVENTO / VIGENCIA	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN	T.I. CC	NUM. DE IDENTIF. 80082840
NOMBRE BENEFICIARIO TERCEROS RECLAMANTES	T.I. CC	NUM. DE IDENTIF. 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.

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.

Sucursal Zona Santafe de Bogota D.C.	Ramo 26	Póliza No. 4029	Referencia No. 26250013694	Certificado No. 26250013694000
---	------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------------



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

CERTIFICADO DE: INCLUSIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES: 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.

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 300 910 98 98 Opción 4 - 1 o ingresando a nuestra página web www.comeva.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:

REF 26250013582 JMO

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: \$ 214.727	VALOR VIGENCIA CON IVA: \$ 1.344.868
ASEGURADORA: HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.		Part. % 100%	VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA: \$ 0		PRIMA MENSUAL CON IVA: \$ 448.289
USUARIO: JOHANA MARITZA ORDONEZ	CANAL: DIRECTO BARRA COMERCIAL	PROCEDENCIA: ASOCIADO		PROMOTOR: Johan Fernando Callejas Curtidor	
FECHA IMPRESIÓN: 17/01/2025	REGIONAL: Regional Bogota	ZONA CIUDAD: Nacional		OFICINA: Oficina Principal - Bogota	

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.hdiseguros.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá +57 601 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escribanos atencionalcliente@hdiseguros.com.co

VERSIÓN CONDICIONADO: Póliza de Seguro Responsabilidad Civil medica Versión 26/08/2024-1333-P-06-RESPCIVMEDICYODO-D001
DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero, E-mail: defensordelcliente@hdiseguros.com.co, 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