

Sucursal Zona Santafe de Bogota D.C.	Ramo 26	Póliza No. 4032	Referencia No. 21081372	Certificado No. 6121081372006
--	-------------------	---------------------------	-----------------------------------	---



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

CERTIFICADO DE: REVOCACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA			Ident. / T.I.	890300625	NIT			
Teléfono Tomador:	3330000								
Responsable de pago:	JUAN CARLOS ERASO GUENGUE			Ident. / T.I.	12989629	CC			
Asegurado:	JUAN CARLOS ERASO GUENGUE			Ident. / T.I.	12989629	CC			
Teléfono Asegurado:	7228138	Correo Electrónico:	JUANCARLOSERASO1004@HOTMAIL.COM						
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1	CC			
Teléfono Beneficiario:	Correo Electrónico:								
Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2019	Hasta 00:00	31/07/2020	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2020	Hasta 00:00	31/07/2020

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CARRERA 10A # 8-55			Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	Teléfono:	8574768
Ciudad:	BOGOTÁ			Ident.	12989629		
Nombre:	JUAN CARLOS ERASO GUENGUE						
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 LÍMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LÍMITE Y/O SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	\$500,000,000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LÍMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO \$60'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LÍMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO \$20'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO JUAN CARLOS ERASO GUENGUE	T.I. CC	NUM. DE IDENTIF. 12989629
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.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

Sucursal Zona Santafe de Bogota D.C.	Ramo 26	Póliza No. 4032	Referencia No. 21081372	Certificado No. 6121081372006
--	-------------------	---------------------------	-----------------------------------	---



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

CERTIFICADO DE: REVOCACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico) y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLD E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adiciones o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

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 Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia 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.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

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

CONTACTO COOMEVA:

En caso de tener inquietudes por favor infórmenos ingresando a www.cooemeva.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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. 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 efectuó estando vigente el seguro.

OBSERVACIONES:

Vencido No Renovado

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: \$96,796	VALOR VIGENCIA CON IVA: \$606,248	
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	Part. % 100%	VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:	\$606,248	PRIMA MENSUAL CON IVA: \$606,248	
USUARIO: Automático Windows Service	CANAL: DIRECTO BARRA COMERCIAL	PROCEDENCIA: ASOCIADO	PROMOTOR: Migracion		
FECHA IMPRESIÓN: 14/10/2023	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.

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Santafe de Bogota D.C.	26	4032	21081372	6121081372006



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

CERTIFICADO DE: REVOCACIÓN

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/Responsabilidad civil o solicitelo 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 escribanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - 26/11/2016-1333-P-06-RCPM VERSIÓN NOVIEMBRE DE 2016.

DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, 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

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

ORIGINAL