



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
4	15	8001473410

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
TIPO DE POLIZA : R.C. PROFESIONAL PARA MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS

FECHA SOLICITUD DÍA MES AÑO 21 09 2015			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 340			N° AGRUPADOR			SUCURSAL BOGOTÁ CORREDORES			
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S										NIT 900.304.288-4					
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA										TELÉFONO 6014814					
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN										TELÉFONO					
DIRECCIÓN										TELÉFONO					
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN										TELÉFONO					
DIRECCIÓN										TELÉFONO					
MONEDA Pesos		PUNTO DE VENTA	FECHA CORTE NOVEDADES		FECHA MAXIMA DE PAGO			VIGENCIA							NÚMERO DE DÍAS
TIPO CAMBIO 1.00			FECHA LIMITE DE PAGO		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DESDE A LAS		HASTA A LAS		366
					21	10	2015	06	09	2015	00:00		06 09 2016 00:00		

DETALLE DE COBERTURAS

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	1,000,000,000.00
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	1,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENT	1,000,000,000.00

BENEFICIARIOS
VARIOS

FACTURA A NOMBRE DE: **SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S**

FORMA DE PAGO: **CONTADO 30 DIAS**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES Y RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

VALOR ASEGURADO TOTAL	\$ *****1,000,000,000.00
PRIMA	\$ *****55,000,000.00
GASTOS	\$ *****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$ *****8,800,000.00
AJUSTE AL PESO	\$ *****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$ *****63,800,000.00

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTÁ D.C

A LOS 21 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2015

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPañIA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				9071	Corredor	ITAU CORREDOR DE SEGUROS C	100.00



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Consulte información sobre la Defensoría del Consumidor Financiero aquí <https://www.axacolpatria.co/documents/4220127376141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf>

P_XXXXXX

USUARIO JMMANRIQUEO

-ORIGINAL - CLIENTE-



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 1																																																															
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																															
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																															
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																															
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																															
<p>ASEGURADO : LAURA MARCELA VARGAS LOPEZ C.C. 1026.561.009. Dirección del Riesgo 1 : CL 95 NO 15 -33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>1,000,000,000.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>1,000,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>1,000,000,000.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : CAMILO ANDRES MEJIA ORTIZ C.C. 80.083.090. Dirección del Riesgo 2 : CL 116 N° 9-72 CONS 502, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JOHN ELIAS SANABRIA GOMEZ C.C. 17.168.882. Dirección del Riesgo 3 : KR 7 119-14 CS 310, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	1,000,000,000.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	1,000,000,000.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	1,000,000,000.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																															
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	1,000,000,000.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	1,000,000,000.00	0.00																																																															
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	1,000,000,000.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																															
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																															
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																															
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																															
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																															





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 2																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : SOLANGEL VIVAS CASTELLANOS C.C. 1127.358.052. Dirección del Riesgo 4 : CL 45F 16-17, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : FERNANDO PARAMO GUALTEROS C.C. 11.310.355. Dirección del Riesgo 5 : CALLE 165 N° 7 - 06, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : OSWALDO CHARRY QUINTERO C.C. 16.604.843. Dirección del Riesgo 6 : AV 5A N 47B-09, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 3																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : JENNYFER CRISTINA GAONA SILVA C.C. 52.800.222. Dirección del Riesgo 7 : CALLE 127A N° 7 - 53 CONS. 7001, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : PAOLA ALEXANDRA VILLARREAL ARANGO C.C. 51.870.915. Dirección del Riesgo 8 : CL 13 9-85, SOACHA, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LUZ ADRIANA CARO SANTOS C.C. 52.056.983. Dirección del Riesgo 9 : CL 165 7-06, HOSPITAL SIMON BOLIVAR, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 4																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : JUAN CARLOS ZAMBRANO BURGL C.C. 79.944.923. Dirección del Riesgo 10 : SALIDAD HACIA SAN JUAN, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : CESAR MAURICIO LINARES GARZON C.C. 19.496.496. Dirección del Riesgo 11 : SALIDAD HACIA SAN MARTIN, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ANA MARIA ROBLEDO CHAVARRIAGA C.C. 38.601.411. Dirección del Riesgo 12 : CL 5 36-08, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 5																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : ALBA VIVIANA GOMEZ ORTEGA C.C. 52.867.310. Dirección del Riesgo 13 : CL 165 7-00, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : GUILLERMO ESTEBAN GIRALDO CUENTAS C.C. 73.082.403. Dirección del Riesgo 14 : CL 80 49C-15 CS 206, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ARTURO ALEJANDRO DENIZ Y MARTINEZ C.C. 79.541.641. Dirección del Riesgo 15 : KR 11 93A-38, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 6																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : IVAN ADOLFO SANTOS GUTIERREZ C.C. 80.418.461. Dirección del Riesgo 16 : CL 116 23-05, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CARLOS JAVIER CARRANZA BOTIA C.C. 79.153.542. Dirección del Riesgo 17 : CL 116 16-45, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : DARIO SALAZAR SALAZAR C.C. 94.489.073. Dirección del Riesgo 18 : CALLE 5D N° 38A - 35 TORRE 2 CONS. 702, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 7																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : VICTOR DANIEL LOZANO ESCOBAR C.C. 14.898.826. Dirección del Riesgo 19 : KR 8 17-52, BUGA, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ERNESTO MIGUEL ANDRADE CARRASCO C.C. 79.358.073. Dirección del Riesgo 20 : CRA.19C N° 90 - 59, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CLARA YASMIDA PINZON NAVARRETE C.C. 52.054.148. Dirección del Riesgo 21 : CRA. 111 N° 159A - 61 CLINICA JUAN N CORPAS, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 8																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : CARLOS EDUARDO ROMAN HERAZO C.C. 7.919.421. Dirección del Riesgo 22 : CALLE 5ª Nª 6 - 151 PISO 2, CARTAGENA, BOLIVAR. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS.</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : FERNANDO ADOLFO SOLER PAEZ C.C. 79.636.192. Dirección del Riesgo 23 : CRA. 7 Nª 165 - 00 HOSPITAL SIMON BOLIVAR, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ELIANA PATRICIA GARCIA BOSIGA C.C. 40.045.108. Dirección del Riesgo 24 : CRA. 8 Nª 8 - 18 HOSPITAL PIO XII, COLON, PUTUMAYO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS.	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS.	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 9																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : JUAN CARLOS FERNANDEZ ROMERO C.C. 13.455.576. Dirección del Riesgo 25 : CALLE 15 N° 4E - 25, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : FREDDY SANABRIA SCHARF C.C. 80.503.637. Dirección del Riesgo 26 : CRA. 7ª N° 119 - 14 CONS. 310, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CLAUDIA MARCELA RESTREPO BERNAL C.C. 52.889.841. Dirección del Riesgo 27 : CRA. 14 N° 109 - 65, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 10																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : CAROLINA RESTREPO LOPEZ C.C. 52.885.159. Dirección del Riesgo 28 : CRA. 3 N° 4 - 21, CARTAGENA, BOLIVAR. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS. C.C. 0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LINETH QUEANY OSORIO ROZO C.C. 53.907.109. Dirección del Riesgo 29 : CL 165 N° 7 00, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ALVARO ANDRES PICON CEPEDA C.C. 13.747.469. Dirección del Riesgo 30 : CRA. 12 N° 98 - 64 CONS. 405, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS. C.C. 0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 11																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : HECTOR ERNESTO BARBOSA LANDINEZ C.C. 80.415.412. Dirección del Riesgo 31 : CALLE 127A N° 7 - 53 CONS. 608, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS. C.C. 0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ADRIEL ROBERTO HERNANDEZ SANCHEZ C.C. 70.113.501. Dirección del Riesgo 32 : CALLE 2 SUR N° 46-55 CON. 336, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LUIS MARTIN TORRES GONZALEZ C.C. 19.174.234. Dirección del Riesgo 33 : CALLE 104 N° 21 - 50 APTO. 401, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 12																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : FERNANDO ANTONIO MUNAR GONZALEZ C.C. 7.169.753. Dirección del Riesgo 34 : TRANSV. 59 N° 104B - 86 OF. 704, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : FRANCISCO JAVIER BOSHELL HERNANDEZ C.C. 79.889.100. Dirección del Riesgo 35 : CALLE 30 N° 19A - 82, SARAVERENA, ARAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : LAURA MARCELA LARA GARCIA C.C. 53.032.771. Dirección del Riesgo 36 : CL 167 NO 7 - 06, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 13																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : EDUARDO JOSE VILLAMIZAR GOMEZ C.C. 13.451.926. Dirección del Riesgo 37 : AVE. 0 N° 15 - 25 CONS. 204, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS.</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <p>-----</p> <p>ASEGURADO : FERNANDO AUGUSTO ROMERO FLECHAS C.C. 19.238.353. Dirección del Riesgo 38 : CRA. 10 N° 65 - 35 CONS. 305, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <p>-----</p> <p>ASEGURADO : JOSÉ ROBERTO JURADO ZAMBRANO C.C. 79.480.907. Dirección del Riesgo 39 : CL 165 7 00, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <p>-----</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS.	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS.	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 14																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : CLARA JIMENA ALCAZAR MANRIQUE C.C. 52.965.957. Dirección del Riesgo 40 : AVE. 9ª N° 103A - 36 CONS. 406B, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ANA MARIA PAREDES MORENO C.C. 31.579.214. Dirección del Riesgo 41 : CALLE 5 N° 38 - 44 CONS. 312, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : CARLOS JULIO DIAZ DAVILA C.C. 79.402.627. Dirección del Riesgo 42 : CALLE 91 N° 19C - 62 CONS. 301/302, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 15																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : LUIS FABIAN SANTIAGO GOMEZ C.C. 72.224.409. Dirección del Riesgo 43 : CALLE 24 N° 29 - 45 HOSPITAL MEREDI, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ANGEL YESID MERCADO DE LA BARRERA C.C. 1063.722.052. Dirección del Riesgo 44 : CALLE 2 N° 4 - 12 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, ARANZAZU, CALDAS. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ALEXANDER CASALLAS SANCHEZ C.C. 79.724.514. Dirección del Riesgo 45 : CRA. 8 N° 0 - 55 SUR HOSPITAL LA SAMARITANA, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 16																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : ANDRES ESTEBAN JARAMILLO DEL RIO C.C. 80.110.432. Dirección del Riesgo 46 : CL 119 7-75, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : RICARDO LANCHEROS PEDRAZA C.C. 79.313.264. Dirección del Riesgo 47 : CALLE 97 N° 23 - 37, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ADRIANA PARRA GOMEZ C.C. 63.536.350. Dirección del Riesgo 48 : CALLE 97 N° 23 - 37 CONS. 802, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 17																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : PATRICIA CADENA LOZANO C.C. 51.760.568. Dirección del Riesgo 49 : CALLE 90 N° 18 - 53 CONS. 302, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ALVARO AUGUSTO OSSA RODRIGUEZ C.C. 15.259.779. Dirección del Riesgo 50 : CALLE 7 N° 39 - 197 CONS. 1519, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : NAYIBEL STELLA JACOME MANOSALVA C.C. 31.998.869. Dirección del Riesgo 51 : CRA. 42A N° 5 B - 96, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 18																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : ALEXANDER RAMIREZ FOLLECO C.C. 16.986.851. Dirección del Riesgo 52 : CRA. 43A N° 5B - 18, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ELIZABETH DURAN ROJAS C.C. 40.440.718. Dirección del Riesgo 53 : CALLE 165 N° 7 - 02, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : FERNANDO ANDRES CABRERA CHICANGANA C.C. 14.839.514. Dirección del Riesgo 54 : CRA. 8 N° 17 - 52, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 19																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : CHRISTOPHER ALEXANDER CAMPBELL C.C. 424.253. Dirección del Riesgo 55 : KR 3 N° 4 - 28 OF 302 (BOCAGRANDE), CARTAGENA, BOLIVAR. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS ,</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : VIVIAN JIMENA OTAVO GUTIERREZ C.C. 38.360.604. Dirección del Riesgo 56 : AVE. CRA. 104 N° 152C - 50, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ANGELICA MARIA RAMIREZ GOMEZ C.C. 1032.404.783. Dirección del Riesgo 57 : CALLE 24 N° 29 - 45, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS ,	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS ,	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 20																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : ANGELA LUCIA CHAMORRO FAJARDO C.C. 30.393.201. Dirección del Riesgo 58 : CRA. 15 N° 88 - 64 CONS. 314 TORRE ZIMMA, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : YERLITH TATIANA VESGA SANTANA C.C. 1022.329.673. Dirección del Riesgo 59 : DIAG. 4B N° 6A - 11 ESTE, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : MARQUEZ CAROLINA LORDUY C.C. 33.104.489. Dirección del Riesgo 60 : CALLE 127 N° 19A - 10 CONS. 308 ED. ACOMEDICA I, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 21																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : MARIA CRISTINA ALMENARES MENDOZA C.C. 63.481.978. Dirección del Riesgo 61 : CRA. 19 N° 14- 47 CLINICA LAURA DANIELA, MAICAO, LA GUAJIRA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LAURA MARCELA ROMERO ACERO C.C. 1032.356.599. Dirección del Riesgo 62 : CRA. 36 N° 25D - 14, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ANDRES MAURICIO MOJICA PERICO C.C. 74.327.062. Dirección del Riesgo 63 : CALLE 69 N° 51C - 24 CLINICA LEON XIII, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 22																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : HUGO HORACIO CORTES OCHOA C.C. 79.425.130. Dirección del Riesgo 64 : AVE. 127 N° 20 - 78 CONS. 719, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : MELBA GICELA CARDENAS BOCANEGRA C.C. 52.780.925. Dirección del Riesgo 65 : CALLE 134 N° 7 - 83 TORRE 2 CONS. 32, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN PABLO RODRIGUEZ OLIVERO C.C. 80.030.429. Dirección del Riesgo 66 : CALLE 125 N° 20 - 70 CONS. 208, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 23																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : RENE ALEJANDRO PEDRAZA TOSCANO C.C. 80.196.114. Dirección del Riesgo 67 : AV. CRA. 9 N° 116 - 20 CONS. 517, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : HECTOR GUILLERMO LEON HIGUERA C.C. 80.040.361. Dirección del Riesgo 68 : CRA. 16A N° 82 - 46 CONS. 408, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CAROLINA BURBANO HENRIQUEZ C.C. 36.950.027. Dirección del Riesgo 69 : CALLE 28 N° 96 - 161 CASA 35, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 24																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : YESID ALBERTO CARDENAS CASTELLANOS C.C. 79.795.910. Dirección del Riesgo 70 : CALLE 7 N° 39 - 197 CONS. 1417, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : MARIO ESTEBAN MOLINA CUERVO C.C. 80.407.300. Dirección del Riesgo 71 : CRA. 7 N° 119 - 14 CONS. 409, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN JACOBO MERA TRUJILLO C.C. 14.465.435. Dirección del Riesgo 72 : CARRERA 40 # 5 B - 100 CONSULTORIO 208, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 25																						
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																					
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																					
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																						
DIRECCIÓN		TELÉFONO																						
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																						
DIRECCIÓN		TELÉFONO																						
<p>ASEGURADO : JORGE LEONARDO GAGLIANO CANESSA C.C. 338.821. Dirección del Riesgo 73 : CRA. 1 F N° 39 - 76 CONS. 412, TUNJA, BOYACA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL Objeto del Seguro : PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p>																								
<table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																						
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																						
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
<p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																	
Nombre	Documento																							
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																							
<p>ASEGURADO : ALFONSO RAFAEL LEMAITRE SOLEIMAN C.C. 80.422.206. Dirección del Riesgo 74 : CRA. 7 N° 119 - 14 CONS. 409, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p>																								
<table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																						
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																						
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
<p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																	
Nombre	Documento																							
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																							
<p>ASEGURADO : MARIA IDALY VELASCO HERRERA C.C. 51.838.126. Dirección del Riesgo 75 : CRA. 14 N° 127 - 10 CONS. 203, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p>																								
<table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																						
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																						
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																							
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																							
<p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																	
Nombre	Documento																							
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																							





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 26																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : JUAN CARLOS MALDONADO ESCOBAR C.C. 79.488.386. Dirección del Riesgo 76 : CALLE 7 SUR N°42 - 70 OF. 320, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN CARLOS FAJARDO ARBELAEZ C.C. 93.355.817. Dirección del Riesgo 77 : CRA. 3 N° 44 - 35, IBAGUE, TOLIMA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : NICOLAS PRADA RAMIREZ C.C. 79.948.248. Dirección del Riesgo 78 : KR 24 N° 154-106 FOSCAL TO 1 MODULO 33, BUCARAMANGA, SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 27																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : JOSE MIGUEL SANDOVAL RODRIGUEZ C.C. 91.257.280. Dirección del Riesgo 79 : CALLE 54 N° 33 - 12 CONS. 204, BUCARAMANGA, SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JENNYFER YURANY ROPERO GONZALEZ C.C. 1013.606.803. Dirección del Riesgo 80 : CRA. 42 N° 2 - 47, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CARLOS GERARDO CAMACHO MONCADA C.C. 11.186.933. Dirección del Riesgo 81 : CALLE 116 N° 9 - 72 CONS. 516, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 28																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : LICETH LORENA PATARROYO VILLALOBOS C.C. 40.330.977. Dirección del Riesgo 82 : CALLE 119 N° 7 - 14 CONS. 706, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CARLOS ALBERTO BETANCUR MADIRD C.C. 71.311.570. Dirección del Riesgo 83 : CRA. 25 N° 3 - 45 CONS. 438 MALL DEL ESTE, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : DERLY CAROLINA GALLO ASCENCIO C.C. 1052.384.914. Dirección del Riesgo 84 : TRANSV. 85 N° 54 - 19 BLOQUE 3 APTO. 206, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 29																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : MARIA ANGELICA GARCIA FREITAG C.C. 1020.740.349. Dirección del Riesgo 85 : CRA. 6 B N° 150 - 65, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN FERNANDO SALDARRIAGA LLANO C.C. 70.084.382. Dirección del Riesgo 86 : CALLE 78 B N° 69 - 240, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LUIS GUILLERMO MORALES BETANCOURT C.C. 71.603.249. Dirección del Riesgo 87 : CALLE 6 N° 43 C - 08 CONS. 406, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																		





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 30																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : EDWIN LEONARDO ROJAS ROJAS C.C. 79.732.036. Dirección del Riesgo 88 : CRA. 8 N° 17 - 45 SUR CLINICA SAN RAFAEL, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JENNIFER VERA BOLIVAR C.C. 1127.940.274. Dirección del Riesgo 89 : CALLE 124 N° 7 - 38, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : GERMAN GUILLERMO ROJAS DUARTE C.C. 93.415.849. Dirección del Riesgo 90 : CALLE 118 N° 16 - 61 OF. 501, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 31																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : TULIO FERNANDO TORRES C.C. 88.209.054. Dirección del Riesgo 91 : CRA. 14 N° 127 - 11 CONS. 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : DIANA PATRICIA MARIN BUSTAMANTE C.C. 52.961.555. Dirección del Riesgo 92 : CALLE 116 N° 9 - 72 CONS. 706, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JORGE MARIO LOPEZ AVILA C.C. 80.180.159. Dirección del Riesgo 93 : CRA. 19A N° 82 - 14, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 32																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : MAURICIO RODRIGUEZ URREA C.C. 94.536.925. Dirección del Riesgo 94 : CR 83 A NO 6 A 132, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ARRIETA ASTRID ISABEL C.C. 32.728.676. Dirección del Riesgo 95 : CARRERA 46 84 - 176, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ANA JULIA HENRIQUEZ RICARDO C.C. 22.493.256. Dirección del Riesgo 96 : CALLE 85 N° 50 - 37, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 33																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : MARIA ALEJANDRA ALVAREZ DIAZ C.C. 26.421.540. Dirección del Riesgo 97 : CALLE 6 19 29, NEIVA, HUILA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : PEDRO CLAVER GOMEZ MENDEZ C.C. 8.664.839. Dirección del Riesgo 98 : KR 46 NO 84 - 176, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : YOLANDA MARGARITA ARTETA TORRENTS C.C. 32.748.460. Dirección del Riesgo 99 : KR 46 NO. 84 - 176, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 34																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES C.C. 1013.590.019. Dirección del Riesgo 100 : KR 19C NO 27 - 21, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ANDRES MAURICIO NAVARRO CARVAJALINO C.C. 1031.125.146. Dirección del Riesgo 101 : CRA. 20 CALLE 12, E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, SAN JOSE DE GUAVIARE, GUAVIARE. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN FERNANDO LOPERA GIRALDO C.C. 71.596.061. Dirección del Riesgo 102 : DIAG 75B 2A 80 CONS 514, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 35																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : OSCAR DAVID VILLANUEVA CONDE C.C. 1110.491.546. Dirección del Riesgo 103 : CALLE 39 4 - 49 BOYACA, IBAGUE, TOLIMA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : MARCELA SANCHEZ VARGAS C.C. 52.646.040. Dirección del Riesgo 104 : CL 127 19A 44 CONS 510, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : LAURA CRISTINA CALA URIBE C.C. 52.862.879. Dirección del Riesgo 105 : KR 8 NO 17 - 45 SUR HOSPITAL SAN RAFAEL, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 36																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : JAIME ORLANDO ROJAS JAIMES C.C. 80.424.541. Dirección del Riesgo 106 : CL 77 N° 16-20 CONS 303, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : PEDRO ALDEMAR SANCHEZ BLANCO C.C. 74.373.320. Dirección del Riesgo 107 : KR 14 N° 98-95 CONS 411, DUITAMA, BOYACA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ALBA NORA STANFORD ANICHIARICO C.C. 55.190.441. Dirección del Riesgo 108 : CRA 52 NO. 82 - 212 AP 602, BARRANQUILLA, ATLANTICO. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 37																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : DIEGO HUMBERTO MOJICA MOJICA C.C. 79.947.270. Dirección del Riesgo 109 : CL 123 7 60 CS 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : SERGIO RUBIO MUÑOZ C.C. 93.377.421. Dirección del Riesgo 110 : CRA. 6° 60 - 19 CONS. 601, IBAGUE, TOLIMA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : PAMELA VILLATE ESCOBAR C.C. 1032.360.194. Dirección del Riesgo 111 : CR 8 NO 17 SUR 45 CLINICA HOSPITAL, UNIVERSITARIO SAN RAFAEL, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 38																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : JEANNETH MARCELA PEÑA HIDALGO C.C. 52.113.522. Dirección del Riesgo 112 : KR 20 NO. 47B - 35 SUR, HOSPITAL EL TUNAL, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : RUBER ANDRES ALMANZA GARCIA C.C. 92.547.435. Dirección del Riesgo 113 : CALLE 145 N° 13 - 61 APTO. 404, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JOSE ALEXANDER MENDOZA MEDINA C.C. 79.938.283. Dirección del Riesgo 114 : CRA. 47A NO. 22A - 71 APTO. 201, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 39																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : LUIS DAVID DE VOZ BORJA C.C. 73.187.829. Dirección del Riesgo 115 : CRA. 19A NO. 82 - 85 CONS. 415, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADO . C.C. 9.999</p> <hr/> <p>ASEGURADO : SERGIO DAVID CASTAÑEDA ESPINOSA C.C. 80.076.822. Dirección del Riesgo 116 : AV CARACAS NO. 1 - 13, HOSPITAL LA MISERICORDIA, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : PAULA JOHANA JAIMES DE LA HOZ C.C. 52.452.806. Dirección del Riesgo 117 : AVE. CARACAS NO. 1 - 13, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																	





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 40																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : DANIEL ALBERTO GARZON VELASQUEZ C.C. 1019.040.979. Dirección del Riesgo 118 : CL 165 N° 7 - 00 HOSPITAL SIMON BOLIVAR, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CAMILO HERNANDO SEPULVEDA PENA C.C. 1020.716.192. Dirección del Riesgo 119 : CALLE 119 NO. 7 - 14 CONS. 719, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN FRANCISCO JAVIER OSPINA ORTIZ C.C. 75.107.093. Dirección del Riesgo 120 : TV 3A NO 49 00, HOSPITAL MILITAR, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 41																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : JUAN CARLOS ANDRADE RODRIGUEZ C.C. 392.006. Dirección del Riesgo 121 : CR 27 B NO 73 59, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : LUPITA IVONNE GARCIA ROJAS C.C. 33.376.188. Dirección del Riesgo 122 : KR 54 N° 65-28 HOSPITAL MEDERI, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JOSE ANTONIO PAEZ TOVAR C.C. 79.431.485. Dirección del Riesgo 123 : AC. 9 NO. 166 - 60 APTO. 304, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </tbody> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																												
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 42																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : NICOLAS MATIAS LEAL C.C. 519.772. Dirección del Riesgo 124 : CRA. 7A NO. 127C - 86 APTO. 305, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : LUIS ANSELMO PAVAJEAU MUNOZ C.C. 19.455.263. Dirección del Riesgo 125 : AUTOP. NORTE N° 118 - 86 PI 7, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : ALONSO MANUEL CUELLO BARROS C.C. 84.088.578. Dirección del Riesgo 126 : CRA. 7A NO. 127C - 86 APTO. 305, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 43																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : ERICK ANDRES AUN AUN C.C. 85.152.799. Dirección del Riesgo 127 : CALLE 14 NO. 21 - 56, PEREIRA, RISARALDA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS C.C. 0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : DIANA MARIA GUERRERO BONILLA C.C. 33.368.639. Dirección del Riesgo 128 : KR 3 ESTE N° 73-10, DUITAMA, BOYACA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS C.C. 0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : LAURA ISABEL RAMOS BETANCOURT C.C. 1018.436.433. Dirección del Riesgo 129 : CRA. 54 NO. 65 - 28, HOSPITAL MEDERI BARRIOS UNIDOS, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 44																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : ERIN JOHANNA GOMEZ GUALDRON C.C. 63.559.377. Dirección del Riesgo 130 : CALLE 51 NO. 38 - 53 CABECERA, BUCARAMANGA, SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : WILSON SCHNEIDER CUBILLOS NINCO C.C. 1015.425.016. Dirección del Riesgo 131 : CL 22 B NO. 64 - 26 AP 302, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : FEDERICO VARGAS MEJIA C.C. 80.196.830. Dirección del Riesgo 132 : CRA 17 NO. 95 - 27 AP 801, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 45																																																																
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																															
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																															
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
<p>ASEGURADO : SUSANA MARGARITA CORREA GUTIERREZ DE PINERES C.C. 52.805.453. Dirección del Riesgo 133 : CRA. 14 NO. 127 - 11 CONS. 603, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : JULIANA MARIA GIRALDO MONTOYA C.C. 1130.608.946. Dirección del Riesgo 134 : CALLE 1 B OESTE NO. 4 A - 201, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <hr/> <p>ASEGURADO : ALEJANDRO CHIAPPE DUARTE C.C. 80.413.619. Dirección del Riesgo 135 : CALLE 134 N° 7 - 83 CONS. 254, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO</td> <td>1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 46																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : LUCINA ISABEL BILBAO VERGARA C.C. 32.760.756. Dirección del Riesgo 136 : CL 67 NO. 10 - 67 CLINICA COLSUBSIDIO, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : CESAR EDWIN MARTINEZ CORREA C.C. 93.381.089. Dirección del Riesgo 137 : AV FERROCARRIL NO 41 76, IBAGUE, TOLIMA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JAVIER AUGUSTO SOTO ORTEGA C.C. 91.527.645. Dirección del Riesgo 138 : CALLE 158 NO. 20 - 95 COS. 402 FOSONAB, BUCARAMANGA, SANTANDER. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 47																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : SCHNEIDER ANDRES CUBILLOS NINCO C.C. 1015.425.017. Dirección del Riesgo 139 : CL 22 B NO 64 26 AP 302, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JULIAN ANDRES CAICEDO ACOSTA C.C. 16.861.953. Dirección del Riesgo 140 : AV 6 OESTE N° 5 OESTE - 200, CALI, VALLE DEL CAUCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>C.C. 0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : JUAN CARLOS MONROY MEJIA C.C. 79.783.319. Dirección del Riesgo 141 : AV. 9° 108A 10, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS</td> <td>TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION		Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	C.C. 0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS	TODA Y CADA RECLAMACION																																																																													
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 48																																																																												
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4																																																																											
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814																																																																											
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
<p>ASEGURADO : MARIA BIBIANA MENDOZA TORO C.C. 52.971.086. Dirección del Riesgo 142 : CALLE 95 NO. 23 - 61 CONS. 510, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : HELDER AUGUSTO FONSECA JIMENEZ C.C. 14.241.815. Dirección del Riesgo 143 : CARRERA 4B NO. 31 - 33, IBAGUE, TOLIMA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>TERCEROS AFECTADOS</td> <td>NIT 000.000.000-0</td> </tr> </table> <hr/> <p>ASEGURADO : HERNANDO PEREZ CAMARGO HERNANDO PEREZ CAMAR C.C. 79.506.804. Dirección del Riesgo 144 : AV. CALLE 24 NO. 51 - 40 CONS. 416, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>AMPAROS CONTRATADOS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>BENEFICIARIOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Documento</td> </tr> <tr> <td>SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S</td> <td>NIT 900.304.288-4</td> </tr> </table>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0	AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00	SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00		Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION			Nombre	Documento	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000-0																																																																													
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO																																																																												
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00																																																																												
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		0.00																																																																												
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES,DROGAS O MEDICAMENT	0.00																																																																													
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION																																																																														
Nombre	Documento																																																																													
SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4																																																																													





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

RENOVACION		HOJA ANEXA No. 49	
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
<p>ASEGURADO : JOSE DAVID SALAZAR OSORIO C.C. 8.032.637. Dirección del Riesgo 145 : DIAG. 29 D NO. 95 - 97 APTO. 601, MEDELLIN, ANTIOQUIA. Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL</p> <p>Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO</p>			
AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	0.00		
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00	PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	0.00	0.00	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00	PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
SUMINISTRO DE MAT.MÉDICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENT	0.00		
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO 1,500,000.00	PESOS TODA Y CADA RECLAMACION		
BENEFICIARIOS			
Nombre	Documento		
SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4		

<p>AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. RENEVA LA PRESENTE POLIZA BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:</p> <p>TOMADOR SCODEM</p> <p>ASEGURADO MÉDICOS ASOCIADOS CON SCODEM (SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MÉDICO) (DE CONFORMIDAD CON LA LISTA DE LOS MÉDICOS EN PODER DEL ASEGURADOR).</p> <p>SEDE PRINCIPAL CALLE 95 NO. 15-33 OF. 503 BOGOTÁ - COLOMBIA.</p> <p>COBERTURA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DE LOS MÉDICOS ESPECÍFICAMENTE NOMBRADOS (NOMBRE PROPIO Y ESPECIALIDAD MÉDICA) EN LISTA TAXATIVA EN PODER DEL ASEGURADOR. REMITIR LISTADO DE ASEGURADOS ANTES DEL 06 DE OCTUBRE DE 2015.</p> <p>BASE DE LA COBERTURA CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL MÉDICA.</p> <p>PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO ACTOS PREVIOS: NO SE OTORGA. FECHA DE RETROACTIVIDAD: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. EXTENSIÓN PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: OPCIONAL.</p> <p>RIESGO CUBIERTO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.</p> <p>ADICIONALES LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MÉDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, LABORATORISTAS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADOS.</p> <p>ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.</p> <p>LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).</p> <p>LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.</p> <p>VIGENCIA DESDE: 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2015, A LAS 00:00 HORAS TIEMPO LOCAL ESTÁDAR. HASTA: EL 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2016, A LAS 24:00 HORAS TIEMPO LOCAL ESTÁDAR.</p>			





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 50
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	NIT 900.304.288-4 TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
<p>RENOVACIÓN DEL CONTRATO EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.</p> <p>LÍMITES GEOGRÁFICOS REPÚBLICA DE COLOMBIA ÚNICAMENTE.</p> <p>JURISDICCIÓN Y LEY ESTE SEGURO SERÁ GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN Y LEYES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.</p> <p>LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO - DE CONFORMIDAD CON CADA ASEGURADO. LÍMITE PARA CADA Y TODA RECLAMACIÓN O SERIE DE RECLAMACIONES ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL. VER TABLA DE LÍMITES Y PRIMAS.</p> <p>DEDUCIBLES 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MÍNIMO DE COP1.500.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.</p> <p>EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARÁ A CADA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO, ASÍ COMO A LOS GASTOS DE DEFENSA QUE SE GENEREN, CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZÓN DE SU PRESENTACIÓN, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.</p> <p>PRIMA ANUAL PRIMA MÍNIMA: COP\$55.000.000 + IVA</p> <p>DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TABLA DE CLASIFICACIONES PARA MÉDICOS, CIRUJANOS, CIRUJANOS BUCALES Y DENTISTAS (1 AL 8) • TABLA DE PRIMAS PARA MÉDICOS, CIRUJANOS, CIRUJANOS BUCALES Y DENTISTAS. <p>EXCLUYENDO COBERTURA PARA GASTOS DE DEFENSA.</p> <p>TASA DE SEGURO LAS PRIMAS COTIZADAS SE BASAN SOBRE UNA PÓLIZA MAESTRA EXPEDIDA PARA CUBRIR ÚNICAMENTE UN TOTAL DE 500 MÉDICOS CON CERTIFICADOS DE SEGURO INDIVIDUALES. EL ASEGURADO SE RESERVA EL DERECHO DE REAJUSTAR O MODIFICAR LA PRIMA COTIZADA CONFORME AL CAMBIO DE ESTA INFORMACIÓN.</p> <p>TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS DEFINICIÓN DE SINIESTRO: TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD O A LOS BIENES DE LA PERSONA.</p> <p>DEFINICIÓN DE RECLAMO: CUALQUIER NOTIFICACIÓN ESCRITA, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACIÓN EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCIÓN Y/U OMISIÓN DEL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO,</p> <p>Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO / ASEGURADOR Y PRESENTADA AL ASEGURADOR DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ÚLTIMO APLICASE.</p> <p>EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACIÓN A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 10 DÍAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.</p> <p>PLURALIDAD DE RECLAMOS: (A) LA INCLUSIÓN DE MÁS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR MÁS DE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGÚN CASO SERVIRÁN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR CADA OCURRENCIA. (B) DOS O MÁS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISIÓN, O DEL MISMO ACTO MÉDICO O SERIE DE ELLOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO. (C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.</p> <p>NO INCLUYE COBERTURA POR GASTOS DE DEFENSA 0% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.</p> <p>a. LA ASEGURADORA PODRÁ OFRECER ACUERDOS CONCILIATORIOS A TERCEROS PERO NO PODRÁN REALIZARLOS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.</p>		





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVIACION	HOJA ANEXA No. 51
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	
DIRECCIÓN	TELÉFONO

B. CUANDO SEA REQUERIDO POR ESCRITO, EL ASEGURADO Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBERÁ PERMITIR AL ASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES LA OPORTUNIDAD DE ESTAR ASOCIADOS CON EL ASEGURADO Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL, A COSTO DEL ASEGURADOR, EN LA DEFENSA Y AJUSTE DE CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA O PROCEDIMIENTO QUE ENVUELVA ESTE ACUERDO, Y EL ASEGURADO Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL Y EL ASEGURADOR COOPERARÁN EN CADA RESPECTO EN LA DEFENSA DE DICHO RECLAMO, SU DEMANDA O PROCEDIMIENTO.

DAÑOS MORALES Y/O DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN:
20% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR ASEGURADO POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a) LOS DAÑOS MORALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(B LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) LOS PAGOS POR DAÑOS BAJO ESTA SECCIÓN SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(c) EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

- REINSTALACIÓN DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

(a) REINSTALACIONES AUTOMÁTICAS DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECIÓN DEL ASEGURADOR.

(b) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRÁ SER MAYOR AL 150% DE LA ÚLTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

- EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MÁXIMO

(a) EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN QUE ATENDERÁ A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERÍODO DEL ENDOSO SERÁ LA SUMA EN VIGOR PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(b) EL ENDOSO DEJARÁ DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERÍODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(c) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTÁ CONDICIONADO A LA NO RENOVACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA.

• SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TÉRMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACIÓN, LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA SE PODRÁ EXTENDER, AUTOMÁTICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TÉRMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRÁ NI PODRÁ SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

• CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRÁ EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERÍODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHS RECLAMOS.

EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRÁ PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARÁ LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ACORDADO EN LA PÓLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERÁ HACER LO SIGUIENTE:

- (A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (C) DETERMINAR EL TÉRMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSIÓN, YA SEA POR UN PERÍODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARÁ ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 52	
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT	900.304.288-4
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6014814
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	

• NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.
• NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE Y QUEDARÁ LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

• LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA.
• SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERÁ LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

(A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
(B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

BENEFICIOS ADICIONALES
CAUCIONES:
COP\$12.000.000 POR ASEGURADO POR EVENTO Y EN EL AGREGADO ANUAL.

- SE CONCEDE ESTE SUBLÍMITE EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA.
- LAS CAUCIONES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.
- EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.
- ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.
- EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERÁ HONORARIOS MÁXIMOS HASTA LAS TARIFAS ESTABLECIDAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

- ASISTENCIA EN PROCESO PENAL
(A) EN CASO DE ACCIÓN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRÁ COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO DE PERITOS O DELEGADOS TÉCNICOS.
(B) ESTA COLABORACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.
(C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECIÓN ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ÉSTE PODRÁ DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACIÓN.
(D) ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.
(E) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERÁ HONORARIOS MÁXIMOS HASTA LAS TARIFAS ESTABLECIDAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

TÉRMINOS Y CONDICIONES
GENERALES EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y EL CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA PÓLIZA SERÁ CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE LA(S) OTRA(S) PÓLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERÁ(N) SER CONSIDERADA(S) COMO PÓLIZA(S) PRIMARIA(S).

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN TREINTA (30) DÍAS.

TEXTO DE PÓLIZA A SEGUIR ADJUNTO.

SUJETO A (a) RECIBO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DE FORMULARIO DE SOLICITUD DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO Y CON FECHA RECIENTE, NO MAYOR A 30 ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

(b) CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, DE CONFORMIDAD AL SIGUIENTE TEXTO:

MEMBRETE DEL ASEGURADO
NOMBRE DEL ASEGURADO





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION	HOJA ANEXA No. 53
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN	TELÉFONO

POR MEDIO DE LA PRESENTE, DEJO CONSTANCIA DE QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE NINGUNA RECLAMACIÓN O TRANSACCIÓN DE TIPO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, CIRCUNSTANCIA, DECISIÓN, EVENTO, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN, ACTO, ERROR U OMISIÓN PENDIENTE EN CONTRA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO, POR ACTOS OCURRIDOS A PARTIR DEL 24 DE JUNIO DEL 2009 DIFERENTES A LOS YA REPORTADOS.

ENTIENDO QUE, DE TENER CONOCIMIENTO DE CUALQUIER EVENTO, CIRCUNSTANCIA, TRANSACCIÓN, DECISIÓN, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN ACTO, ERROR U OMISIÓN QUE PUDIERA DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PRESENTE PÓLIZA Y QUE NO HAYA SIDO DECLARADA A LA FECHA DE ESTA CARTA, QUEDARA EXPRESAMENTE EXCLUIDA BAJO LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA ASÍ COMO CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE NO HAYA SIDO NOTIFICADA EN TIEMPO Y FORMA.

NOMBRE LEGIBLE Y FIRMA - REPRESENTANTE LEGAL

LUGAR Y FECHA

FECHA : 01 DE SEPTIEMBRE DE 2015

- EXCLUSIONES -

- * "ACTOS MÉDICOS" REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL
- *CUANDO SU UTILIZACIÓN REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN,
- *CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y
- *CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL
- *CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL "PACIENTE" Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.
- *ENSAYOS CLÍNICOS.
- *ASEGURADO CONTRA ASEGURADO, EXCEPTO CUANDO UNO SEA PACIENTE CLÍNICO DEL OTRO.
- *CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- *DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.
- *DAÑOS POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENÉTICA O POR UN DEFECTO ANATÓMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA SERÁ UNA CONDICIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
- *DAÑOS GENÉTICOS, EXCEPTO EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/I IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA EL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- *LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- *ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, CONFISCACIÓN, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.
- *RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
- *RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.
- *RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
- *RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.
- *RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
- *RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- *RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
- *RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.
- *RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- *RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA POR ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RC GENERAL, RC PATRONAL, RC DE DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), SERVIDORES PÚBLICOS, RC DE AUTOMOTORES, ETC.
- *RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISIÓN SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
- *RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMLADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
- *RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
- *RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.
- *CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN POR SANCIONES. LA ASEGURADORA NO PODRÁ OTORGAR COBERTURA, NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN RECLAMO O PROPORCIONAR NINGÚN BENEFICIO EN VIRTUD DE LA PRESENTE, EN TANTO QUE LA PRESTACIÓN DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE TAL RECLAMO O DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO EXPONGA A LA ASEGURADORA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O LAS SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O REGLAMENTOS DE LA UNIÓN EUROPEA, REINO UNIDO, AUSTRALIA O ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.
- *D&O (RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES)





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVIACION	HOJA ANEXA No. 54
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	
DIRECCIÓN	TELÉFONO

*DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTO O SUSTANCIAS QUE TENGAN COMO MATERIAL DICHA MATERIA.
*SE EXCLUYEN DE LOS RIESGOS DE FORMALDEHIDO QUE NO TENGAN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, ODONTOLÓGICOS, DE ENFERMERÍA, LABORATORIOS O ASIMILADOS, PRESTADOS POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO.
*ENFERMEDADES PROFESIONALES.
*PÉRDIDA O DAÑOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES U OPERACIONES BÉLICAS (CON O SIN DECLARACIÓN O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL Ó ALBOROTOS POPULARES QUE REVELAN EL CARÁCTER DE ASONADA, SUBLEVACIÓN MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, CONSPIRACIÓN Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAÍS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO, CONFISCACIÓN, REQUISAS, NACIONALIZACIÓN O DETENCIÓN POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGÍTIMO O USURPADO, DESTRUCCIÓN O DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL, O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACIÓN CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESIONAMIENTO SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.
*SE EXCLUYEN MULTAS Y SANCIONES DE CUALQUIER ÍNDOLE.
*DAÑO ECOLÓGICO PURO. (QUE NO AFECTAN BIENES DE TERCEROS).
*TODAS LAS DEMÁS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA PÓLIZA ADJUNTA.

- CLÁUSULAS DE SEGURO -

CLÁUSULA DE CONTROL DE RECLAMOS
NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE, ES CONDICIÓN PRECEDENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O BAJO ESTA PÓLIZA QUE EL ASEGURADO REPORTE, SEGÚN SE DISPONGA EN LAS CONDICIONES GENERALES, LOS RECLAMOS RECIBIDOS INDEPENDIENTEMENTE DE LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO BAJO SU PÓLIZA DE SEGUROS O DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD BAJO ESTE CONTRATO.

CUANDO SEA REQUERIDO POR ESCRITO, EL ASEGURADO DEBERÁ PERMITIR AL ASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES LA OPORTUNIDAD DE ESTAR ASOCIADOS CON EL ASEGURADO, A COSTO DEL ASEGURADOR, EN LA DEFENSA Y AJUSTE DE CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA O PROCEDIMIENTO QUE ENVUELVA ESTE SEGURO, Y EL ASEGURADO COOPERARÁ EN CADA RESPECTO EN LA DEFENSA DE DICHO RECLAMO, SU DEMANDA O PROCEDIMIENTO. ESTE ACUERDO SOBRE RECLAMACIONES NO PERMITE NINGÚN TIPO DE PAGOS GRATUITOS O EXGRATIA.

CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN LOCAL
NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUEDA ACORDADO QUE LA INDEMNIDAD PREVISTA EN ESTE CONTRATO NO SE APLICARÁ A:

1. COMPENSACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS CON FALLOS PRONUNCIADOS POR CUALQUIER ENTE DIFERENTE DE UN JUZGADO COMPETENTE CON JURISDICCIÓN DENTRO DE LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.
2. COSTAS Y EXPENSAS DE LITIGIOS RECUPERADOS POR CUALQUIER DEMANDANTE ORIGINAL DE PARTE DEL ASEGURADO EN LOS QUE SE INCURRA DEBIDAMENTE Y NO SEAN RECUPERABLES EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.
3. LA INTENCIÓN DE ESTA CLÁUSULA ES QUE BAJO EL CONTRATO SÓLO SE INDEMNICE AL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS PRÁCTICAS, CONDICIONES Y SENTENCIAS CONSUECUDINARIAS NORMALMENTE APLICADAS EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.

ACLARACIÓN ENTRE PROCEDIMIENTO ESTÉTICO Y CIRUGÍA PLÁSTICA

PROCEDIMIENTO ESTÉTICO

- LOS MÉDICOS DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE CERTIFICADOS POR ENTIDADES COMPETENTES DONDE SE DEMUESTRE LA PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL EN MEDICINA ESTÉTICA. ENTIDADES COMPETENTES: MÉDICAS (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL), EDUCATIVAS (MINISTERIO DE EDUCACIÓN) Y ADMINISTRATIVAS DEL PAÍS.
- LOS PROCEDIMIENTOS SON EN LOS QUE SI SE REQUIERE ANESTESIA, ÉSTA ES LOCAL. ADICIONALMENTE NO REQUIEREN QUIRÓFANO, SE REALIZAN EN CONSULTORIOS O SALAS DE PEQUEÑA CIRUGÍA, CASI SIEMPRE SON INCRUENTAS, NO REQUIEREN ANESTESIOLOGO (ÉSTA, ES LA PRINCIPAL DIFERENCIA CON LA CIRUGÍA PLÁSTICA).
- LOS PROCEDIMIENTOS QUE REALIZAN DEBEN SER CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.
- EN CASO DE UTILIZAR MEDICAMENTOS ESTOS DEBEN CONTAR CON EL AVAL DEL INVIMA AUTORIDAD COMPETENTE EN NUESTRO PAÍS.
- LOS PROCEDIMIENTOS DEBEN ESTAR CIENTÍFICAMENTE RECONOCIDOS EN EL PAÍS.

CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA

- LOS MÉDICOS DEBEN SER ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA (ESTAR DEBIDAMENTE CERTIFICADOS POR ENTIDADES COMPETENTES DONDE SE DEMUESTRE LA PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL.) ENTIDADES COMPETENTES: MÉDICAS (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL), EDUCATIVAS (MINISTERIO DE EDUCACIÓN) Y ADMINISTRATIVAS DEL PAÍS.
- LAS CIRUGÍAS DEBEN SER REALIZADAS EN UN CENTRO MÉDICO DE NIVEL III O IV.
- LOS PROCEDIMIENTOS SON QUIRÚRGICOS, (SE UTILIZAN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS: ANESTESIA - QUIRÓFANO).
- EN CASO DE UTILIZAR MEDICAMENTOS ESTOS DEBEN CONTAR CON EL AVAL DEL INVIMA AUTORIDAD COMPETENTE EN NUESTRO PAÍS.
- LOS PROCEDIMIENTOS DEBEN ESTAR CIENTÍFICAMENTE RECONOCIDOS EN EL PAÍS.
- NO SOLO LOS CIRUJANOS PLÁSTICOS REALIZAN CIRUGÍA ESTÉTICA; LO HACEN TAMBIÉN LOS OTORRINOLARINGÓLOGOS Y LOS GINECO-OBSTETRAS, POR SU CONOCIMIENTO, PREPARACIÓN Y EXPERTICIA EN LOS ÓRGANOS, TEJIDOS Y FUNCIONES DE CADA UNA DE ESTAS ESPECIALIDADES.

ESTOS PROCEDIMIENTOS SON AVALADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA SER REALIZADOS POR CIRUJANOS PLÁSTICOS:

- LASERLIPOLISIS O LIPOLISIS LASER: ES UN PROCEDIMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO, SE REALIZA BAJO ANESTESIA LOCAL Y SE UTILIZA LA ENERGÍA DE UN LÁSER DIODO 980 PARA DESTRUIR LOS ADIPOCITOS O GRASA.
- HIDROLIPOCLASIA.
- APLICACIÓN DE RELLENOS.
- APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA.





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 55
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4	
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814	
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	
<ul style="list-style-type: none"> • INTRADERMOTERAPIA CORPORAL. • FOTODEPILACIÓN. • REJUVENECIMIENTO CON LÁSER. • PLASMA RICO EN PLAQUETAS. <p>ENDOSO - CIRUGÍA ESTÉTICA ELECTIVA EFECTO DEL ENDOSO ESTE ENDOSO MODIFICA LA EXCLUSIÓN RELACIONADA CON PROCEDIMIENTOS DE CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICOS. COMO SE MODIFICA SU COBERTURA QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO ENTRE LAS PARTES QUE LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS Y/O LESIONES FÍSICAS CAUSADAS A UN PACIENTE DURANTE UNA CIRUGÍA PLÁSTICA DE CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICO SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SOLO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES POR ACTOS DE MÉDICOS GENERALES GRADUADOS CON ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, CUYOS TÍTULOS SE ENCUENTREN VIGENTES Y HAYAN SIDO RECONOCIDOS U HOMOLOGADOS POR LAS RESPECTIVAS AUTORIDADES MÉDICAS, EDUCATIVAS Y ADMINISTRATIVAS DE COLOMBIA. ENTIDADES COMPETENTES: MÉDICAS (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL), EDUCATIVAS (MINISTERIO DE EDUCACIÓN). • LAS CIRUGÍAS DEBEN SER REALIZADAS EN CENTROS MÉDICOS DE NIVELES III Y/O IV. • PARA PROCESOS DE MAMOPLASTÍA DE AUMENTO, CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SOLO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES CUANDO ESTAS CIRUGÍAS SE HAYAN REALIZADO EN PACIENTES MAYORES DE EDAD. LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES EN CASOS DE MINORÍA DE EDAD NO SERVIRÁ PARA MODIFICAR ESTA CONDICIÓN. • NO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INCONFORMIDAD Y/O INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE ASIMETRÍAS O IMPERFECCIONES PRESENTADAS EN EL CUERPO DEL PACIENTE POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO, CUANDO ESTAS PUEDAN AJUSTARSE A LAS VARIABLES PROPIAS DE LA NATURALEZA QUE NO HACE NACER NINGUNA PERSONA CON UN CUERPO 100% SIMÉTRICO O PERFECTO. • NO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES POR DAÑOS Y/O LESIONES MENTALES Y/O EMOCIONALES, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ANGUSTIA MENTAL, EL ESTRÉS Y SIMILARES. • PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SE DEBERÁN UTILIZAR SOLAMENTE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS APROBADOS MEDIANTE LA LEX ARTIS: <ul style="list-style-type: none"> • DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL • GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE) • BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX • BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE. <p>ADICIONAL A LO ANTERIOR, EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES DONDE EL MÉDICO CIRUJANO, PREVIO A LA CIRUGÍA DEL PACIENTE, NO HAYA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LLEVADO A CABO EL DEBIDO PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO; • OBTENIDO EL CONSENTIMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA; • DEJADO CONSTANCIA DEL CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN MEDIANTE ESCRITO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO. <p>GARANTÍAS DEL ASEGURADO EL ASEGURADO GARANTIZA MANTENER EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LA RESPECTIVA FORMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:</p> <p>A) EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, B) EL(OS) MÉDICO(S) CIRUJANO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO.</p> <p>OTROS TÉRMINOS TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.</p> <p>OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA (MODUS OPERANDI) SUSCRIPCIÓN: EL ASEGURADOR EXPEDIRÁ UNA PÓLIZA MAESTRA CON CERTIFICADOS DE SEGURO INDIVIDUALES PARA CADA MÉDICO PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA QUE SE RENUEVA, POR LO TANTO TODOS TENDRÁN UNA FECHA COMÚN PARA EL INICIO Y PARA LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA, LA CUAL DEBERÁ COINCIDIR EXACTAMENTE CON LA FECHA DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA PARA LA INSTITUCIÓN TOMADORA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA LOS MÉDICOS. LA RENOVACIÓN SERÁ AUTOMÁTICA Y SE REALIZARÁ 'POR EXCEPCIÓN', ES DECIR, EL TOMADOR PROVEERÁ UNA DECLARACIÓN ESCRITA DE "NO RECLAMOS CONOCIDOS"; CASO DE INFORMARSE RECLAMOS, EL TOMADOR DEBERÁ OBTENER A LA MAYOR BREVEDAD UN FORMULARIO DE SOLICITUD DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR EL GALENO INVOLUCRADO. EL ASEGURADOR SE RESERVA TODO DERECHO A EFECTUAR MODIFICACIONES DE COBERTURA Y/O PRIMA.</p> <p>NUEVAS ADICIONES SEGUIRÁN EL MISMO PROCESO APLICADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL PROGRAMA. ES DECIR: TODOS Y CADA UNO DE LOS MÉDICOS DEBERÁ CUMPLIMENTAR PROLIJAMENTE EL FORMULARIO DE SOLICITUD ANEXO, CON FIRMA Y NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL Y CON FECHA ACTUALIZADA, ES DECIR, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA PROPUESTA PARA EL INICIO DE LA COBERTURA. DICHOS FORMULARIOS DEBERÁN SER RECOPIADOS POR EL CORREDOR DE SEGUROS, REVISADO Y VERIFICADO POR SU CUMPLIMENTACIÓN PROLIJA ANTES DE SER REMITIDO AL ASEGURADOR PARA SU SUSCRIPCIÓN. UNA VEZ EL ASEGURADOR RECIBA LOS DOCUMENTOS, EVALUARÁ LOS MISMOS Y DARÁ SU RESPUESTA DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS (72) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE CONFORMIDAD CON EL PÁRRAFO ANTERIOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APROBARÁ SIN CONDICIONES ADICIONALES, SI CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ESTE CONTRATO. • APROBARÁ CON CONDICIONES ADICIONALES (SUJETO A), SERÁN SUMINISTRADAS POR EL ASEGURADOR. • APLICARÁ LA PRIMA PARA EL MISMO O • DECLINARÁ EL RIESGO MEDIANTE E-MAIL. 		





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION	HOJA ANEXA No. 56
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4
DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN	TELÉFONO

SI EL ASEGURADOR NO SE PRONUNCIA DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS (72) HORAS REQUERIDAS RESPECTO DE LA SOLICITUD RECIBIDA, EL MÉDICO SE CONSIDERARÁ COMO DECLINADO AL PROGRAMA Y NO TENDRÁ COBERTURA DENTRO DEL MISMO.

LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA PODRÁ SER DIFERENTE PARA CADA SOLICITANTE; SIN EMBARGO, LA FECHA DE VENCIMIENTO Y RENOVACION SERÁ IGUAL PARA TODOS LOS SOLICITANTES Y DEBERÁ COINCIDIR EXACTAMENTE CON LA FECHA DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA PARA LA INSTITUCIÓN TOMADORA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA LOS MÉDICOS (EL TOMADOR).

BORDERÓS

EL TOMADOR DEBERÁ SUMINISTRAR TRIMESTRALMENTE AL ASEGURADOR UNA RELACIÓN DE ALTAS Y BAJAS EN EL PROGRAMA, CONSIGNANDO EL NOMBRE Y LA ESPECIALIDAD DE LOS MÉDICOS. LA RELACIÓN SE ANEXARÁ A LA COBERTURA DE SEGURO CONSTITUYÉNDOSE EN PARTE ESENCIAL DE LA MISMA.

SUMINISTRO DE BORDERÓS:

DEBERÁ SER REMITIDO AL ASEGURADOR DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS POSTERIORES AL FINAL DEL TRIMESTRE RESPECTIVO. NINGÚN MÉDICO SE CONSIDERARÁ COMO CUBIERTO SI NO APARECE EN DICHS BORDERÓS.

PAGO DE LAS PRIMAS:

PAGO ANTICIPADO TRIMESTRAL SOBRE LA PRIMA MÍNIMA COP\$55.000.000 + IVA., LO QUE SIGNIFICA:

- 1ER PAGO COP 13.750.000 + IVA: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2015
- 2DO PAGO COP 13.750.000 + IVA: 29 DE DICIEMBRE DE 2015
- 3ER PAGO COP 13.750.000 + IVA: 29 DE MARZO DE 2016
- 4TO PAGO COP 13.750.000 + IVA: 29 DE JUNIO DE 2016.

LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICIÓN CAUSARÁ LA CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTA COBERTURA AL INICIO DE SU VIGENCIA.

EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A ENVIAR NOTA DE CANCELACIÓN POR EL NO PAGO DE LA PRIMA.

TARIFA PARA MÉDICOS, CIRUJANOS, CIRUJANOS BUCALES Y DENTISTAS
NO INCLUYE COBERTURA PARA GASTOS DE DEFENSA - SEGÚN CUADRO ANEXO.

PRIMA ANUAL SIN IVA - LAS PRIMAS INDICADAS DEBEN SER RECARGADAS POR EL 16% DE IMPUESTO A LAS VENTAS

ACLARACIÓN:

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD NO MÉDICOS (P.E.: ENFERMERAS, AUXILIARES, TÉCNICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS) SE APLICARÁ EL 75% DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA CLASE 1, CUANDO ESTOS SOLICITEN COBERTURA INDIVIDUAL CON LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN PROPIOS.

MÉDICOS, CIRUJANOS, CIRUJANOS BUCALES Y DENTISTAS

CLASE 1 - SIN CIRUGÍA	CLASE 2 - CON CIRUGÍA MENOR	CLASE 5 - CON CIRUGÍA
ALERGOLOGÍA	CUIDADOS INTENSIVOS	COLON Y RECTO
DIABETOLOGÍA	DERMATOLOGÍA	ENDOCRINOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	DIABETOLOGÍA	GASTROENTEROLOGÍA
ENF CARDIOVASCULARES	ENDOCRINOLOGÍA	GERIATRÍA
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	NEOPLÁSICA
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	NEFROLOGÍA
ENFERMEDADES PULMONARES	ENFERMEDADES VASCULARES	OFTALMOLOGÍA
FARMACOLOGÍA	GASTROENTEROLOGÍA	UROLOGÍA
FISIATRÍA	GERIATRÍA	
GASTROENTEROLOGÍA	GINECOLOGÍA	CLASE 6 - CON CIRUGÍA
GERIATRÍA	HEMATOLOGÍA	BUCAL Y MAXILO FACIAL
HEMATOLOGÍA	LARINGOLOGÍA	LARINGOLOGÍA
HIPNÓSIS	MEDICINA INTERNA	MEDICINA DE EMERGENCIA - SIN CIRUGÍA MAYOR
LARINGOLOGÍA	NEFROLOGÍA	MÉDICO GENERAL / CLÍNICO
MEDICINA AEROSPACIAL	NEONATOLOGÍA	OTOLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y DE		
REHABILITACIÓN	NEUROLOGÍA - INCLUYENDO NIÑOS	OTORRINOLARINGOLOGÍA
MED FORENSE	ODONTOLOGÍA - ENDODONCIA Y	
	PERIODONCIA	RINOLOGÍA
MEDICINA GENERAL PREVENTIVA	OFTALMOLOGÍA	
MEDICINA INTERNA	ORTOPEDIA	CLASE 7 - CON CIRUGÍA
MEDICINA NUCLEAR OTOLOGÍA	ABDOMINAL	
MEDICINA OCUPACIONAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	ANESTESIOLOGÍA
MEDICINA PSICOSOMÁTICA	PATOLOGÍA	CABEZA Y CUELLO
MÉDICO GENERAL / CLÍNICO	PEDIATRÍA	DERMATOLÓGICA
NEFROLOGÍA	RADIOLOGÍA-SIN DIAGNÓSTICO	GINECOLOGÍA
NEUROLOGÍA-INCLUYENDO NIÑOS	RINOLOGÍA	MANO
NUTRICIÓN		MEDICINA DE EMERGENCIA - CON CIRUGÍA MAYOR
ODONTOLOGÍA GENERAL	CLASE 3 - CON PROCEDIMIENTOS	
	INVASIVOS MENORES	NEONATOLÓGICA
OFTALMOLOGÍA	ACUPUNTURA-NO ANESTÉSICA	PEDIÁTRICA





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 57																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S	NIT 900.304.288-4																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DIRECCIÓN	CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 6014814																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ASEGURADO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<p>ONCOLOGÍA-SIN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS BIOPSIA POR PUNCIÓN PLÁSTICA (RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA) ORTOPIEDIA COLONOSCOPIA PLÁSTICA OTORRINOLARINGOLÓGICA OTOLOGÍA - GENERAL O FAMILIAR DILATACIÓN ESOFÁGICA NEUMÁTICA O MECÁNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA INYECCIONES DE SUBSTANCIA DE CONTRASTE CLASE 8 - CON CIRUGÍA PATOLOGÍA LAPAROSCOPIA CARDIOLOGÍA PSICOANÁLISIS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PSIQUIATRÍA INCLUYENDO NIÑOS CLASE 4 - CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MAYORES NEUROLÓGICA - INCLUYENDO NIÑOS REUMATOLOGÍA ANGIOGRAFÍA OBSTETRICIA RINOLOGÍA ARTERIOGRAFÍA OBSTETRICIA Y GINECOLÓGICA SALUD PÚBLICA BRONCOESOFAGOSCOPIA ORTOPIEDIA CATERIZACIÓN CARDÍACA RADIOLOGÍA - CON DIAGNÓSTICO DISCOGRAFÍA TORÁCICA FLEBOGRAFÍA TRAUMATOLÓGICA LINFANGIOGRAFÍA MIELOGRAFÍA NEUMOENCELOGRAFÍA TERAPIA DE LÁSER TERAPIA DE SHOCK TERAPIA RADIANTE</p> <p>*CIRUGÍA MAYOR: INCLUYE OPERACIONES EN O SOBRE CUALQUIER CAVIDAD CORPORAL, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE AL CRÁNEO, TÓRAX, ABDOMEN, O PELVIS, O CUALQUIER OTRA OPERACIÓN QUE DEBIDO A LA CONDICIÓN DEL PACIENTE, O AL TIEMPO, O A LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA OPERACIÓN, PRESENTE UN PELIGRO MARCADO A LA VIDA. TAMBIÉN INCLUYE REMOCIÓN DE CUALQUIER GLÁNDULA U ÓRGANO, REMOCIÓN DE TUMORES, AMPUTACIONES, FRACTURAS DE HUESOS, CIRUGÍA PLÁSTICA Y CUALQUIER OPERACIÓN EFECTUADA UTILIZANDO ANESTESIA GENERAL. SERÁN TAMBIÉN CONSIDERADAS COMO CIRUGÍA MAYOR LAS CESÁREAS, LAS ANEXECTOMÍAS Y LAS AMIGDALECTOMÍAS (TONSILECTOMÍAS).</p> <p>**CIRUGÍA MENOR: INCLUYE LAS CIRUGÍAS NO CLASIFICADAS COMO CIRUGÍA MAYOR. TAMBIÉN INCLUYE: (a) PROCESOS OBSTÉTRICOS NO CONSIDERADOS COMO CIRUGÍA MAYOR, (b) LA ASISTENCIA A OTROS MÉDICOS EN CIRUGÍAS A PACIENTES PROPIOS. ***BIOPSIA POR PUNCIÓN: INCLUYE PULMONES, HÍGADO, RIÑONES Y PRÓSTATA, PERO NO INCLUYE MÉDULA ÓSEA. ****CAUTERIZACIÓN: NO INCLUYE (a) INSERCIÓN OCASIONAL Y POR EMERGENCIA DE CATÉTERES PARA REGISTRAR PRESIÓN O MARCAPASOS TEMPORALES, (b) CAUTERIZACIÓN DE LA URETRA, (c) CAUTERIZACIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL PARA PROPÓSITOS DE DIAGNÓSTICO, O PARA MONITOREAR GASES EN LA SANGRE DE RECIÉN NACIDOS QUE ESTÁN RECIBIENDO OXÍGENO.</p> <p>• ***CIRUJANOS PLÁSTICOS Y ESTÉTICOS: SOLO SE CONSIDERARÁN LOS MÉDICOS GENERALES GRADUADOS CON ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, CUYOS TÍTULOS SE ENCUENTREN VIGENTES Y HAYAN SIDO RECONOCIDOS U HOMOLOGADOS POR LAS RESPECTIVAS AUTORIDADES MÉDICAS, EDUCATIVAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PAÍS. ENTIDADES COMPETENTES: MÉDICAS (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL), EDUCATIVAS (MINISTERIO DE EDUCACIÓN) Y ADMINISTRATIVAS DEL PAÍS.</p> <p>TARIFA PARA MÉDICOS, CIRUJANOS, CIRUJANOS BUCALES Y DENTISTAS</p> <p>NO INCLUYE COBERTURA PARA GASTOS DE DEFENSA</p> <p>PRIMA ANUAL SIN IVA - LAS PRIMAS INDICADAS DEBEN SER RECARGADAS POR EL 16% DE IMPUESTO A LAS VENTAS</p> <p>CUADRO DE PRIMAS (EN MILES)</p> <table border="1"> <tr> <td>VLR. ADO</td> <td>50.000</td> <td>100.000</td> <td>150.000</td> <td>200.000</td> <td>250.000</td> <td>300.000</td> <td>350.000</td> <td>400.000</td> <td>450.000</td> <td>500.000</td> <td>550.000</td> <td>600.000</td> <td>650.000</td> <td>700.000</td> <td>750.000</td> </tr> <tr> <td>800.000</td> <td>1.000.000</td> <td></td> </tr> </table> <p>PRIMA ANUAL</p> <table border="1"> <tr> <td>CLASE 1</td> <td>55.000</td> <td>55.000</td> <td>55.000</td> <td>55.000</td> <td>56.249</td> <td>63.280</td> <td>70.311</td> <td>84.372</td> <td>98.435</td> <td>112.497</td> <td>123.747</td> <td>134.996</td> <td>146.246</td> <td>157.496</td> <td>168.746</td> <td>179.995</td> </tr> <tr> <td>224.994</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 2</td> <td>55.000</td> <td>55.000</td> <td>55.000</td> <td>61.219</td> <td>68.022</td> <td>76.525</td> <td>85.028</td> <td>102.033</td> <td>119.039</td> <td>136.044</td> <td>149.648</td> <td>163.252</td> <td>176.857</td> <td>190.461</td> <td>204.065</td> <td>217.670</td> </tr> <tr> <td>272.088</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 3</td> <td>55.000</td> <td>58.604</td> <td>66.975</td> <td>75.347</td> <td>83.719</td> <td>94.183</td> <td>104.649</td> <td>125.578</td> <td>146.508</td> <td>167.438</td> <td>184.181</td> <td>200.925</td> <td>217.669</td> <td>234.413</td> <td>251.156</td> <td>267.900</td> </tr> <tr> <td>334.876</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 4</td> <td>55.000</td> <td>65.762</td> <td>75.156</td> <td>84.552</td> <td>93.946</td> <td>105.689</td> <td>117.433</td> <td>140.919</td> <td>164.405</td> <td>187.892</td> <td>206.681</td> <td>225.471</td> <td>244.260</td> <td>263.049</td> <td>281.838</td> <td>300.627</td> </tr> <tr> <td>375.784</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 5</td> <td>58.662</td> <td>82.126</td> <td>93.859</td> <td>105.591</td> <td>117.323</td> <td>131.988</td> <td>146.654</td> <td>175.985</td> <td>205.315</td> <td>234.647</td> <td>258.111</td> <td>281.576</td> <td>305.040</td> <td>328.505</td> <td>351.970</td> </tr> <tr> <td>375.434</td> <td>469.294</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 6</td> <td>71.361</td> <td>99.906</td> <td>114.178</td> <td>128.450</td> <td>142.723</td> <td>160.564</td> <td>178.404</td> <td>214.084</td> <td>249.765</td> <td>285.446</td> <td>313.990</td> <td>342.535</td> <td>371.079</td> <td>399.624</td> <td>428.168</td> </tr> <tr> <td>456.713</td> <td>570.892</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 7</td> <td>85.271</td> <td>119.380</td> <td>136.433</td> <td>153.487</td> <td>170.542</td> <td>191.860</td> <td>213.177</td> <td>255.813</td> <td>298.448</td> <td>341.084</td> <td>375.192</td> <td>409.300</td> <td>443.409</td> <td>477.517</td> <td>511.625</td> </tr> <tr> <td>545.734</td> <td>682.168</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CLASE 8</td> <td>100.389</td> <td>140.546</td> <td>160.624</td> <td>180.701</td> <td>200.780</td> <td>225.877</td> <td>250.975</td> <td>301.169</td> <td>351.364</td> <td>401.559</td> <td>441.715</td> <td>481.871</td> <td>522.027</td> <td>562.183</td> <td>602.339</td> </tr> <tr> <td>642.495</td> <td>803.118</td> <td></td> </tr> </table>			VLR. ADO	50.000	100.000	150.000	200.000	250.000	300.000	350.000	400.000	450.000	500.000	550.000	600.000	650.000	700.000	750.000	800.000	1.000.000															CLASE 1	55.000	55.000	55.000	55.000	56.249	63.280	70.311	84.372	98.435	112.497	123.747	134.996	146.246	157.496	168.746	179.995	224.994																	CLASE 2	55.000	55.000	55.000	61.219	68.022	76.525	85.028	102.033	119.039	136.044	149.648	163.252	176.857	190.461	204.065	217.670	272.088																	CLASE 3	55.000	58.604	66.975	75.347	83.719	94.183	104.649	125.578	146.508	167.438	184.181	200.925	217.669	234.413	251.156	267.900	334.876																	CLASE 4	55.000	65.762	75.156	84.552	93.946	105.689	117.433	140.919	164.405	187.892	206.681	225.471	244.260	263.049	281.838	300.627	375.784																	CLASE 5	58.662	82.126	93.859	105.591	117.323	131.988	146.654	175.985	205.315	234.647	258.111	281.576	305.040	328.505	351.970	375.434	469.294															CLASE 6	71.361	99.906	114.178	128.450	142.723	160.564	178.404	214.084	249.765	285.446	313.990	342.535	371.079	399.624	428.168	456.713	570.892															CLASE 7	85.271	119.380	136.433	153.487	170.542	191.860	213.177	255.813	298.448	341.084	375.192	409.300	443.409	477.517	511.625	545.734	682.168															CLASE 8	100.389	140.546	160.624	180.701	200.780	225.877	250.975	301.169	351.364	401.559	441.715	481.871	522.027	562.183	602.339	642.495	803.118														
VLR. ADO	50.000	100.000	150.000	200.000	250.000	300.000	350.000	400.000	450.000	500.000	550.000	600.000	650.000	700.000	750.000																																																																																																																																																																																																																																																																																											
800.000	1.000.000																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CLASE 1	55.000	55.000	55.000	55.000	56.249	63.280	70.311	84.372	98.435	112.497	123.747	134.996	146.246	157.496	168.746	179.995																																																																																																																																																																																																																																																																																										
224.994																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CLASE 2	55.000	55.000	55.000	61.219	68.022	76.525	85.028	102.033	119.039	136.044	149.648	163.252	176.857	190.461	204.065	217.670																																																																																																																																																																																																																																																																																										
272.088																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CLASE 3	55.000	58.604	66.975	75.347	83.719	94.183	104.649	125.578	146.508	167.438	184.181	200.925	217.669	234.413	251.156	267.900																																																																																																																																																																																																																																																																																										
334.876																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CLASE 4	55.000	65.762	75.156	84.552	93.946	105.689	117.433	140.919	164.405	187.892	206.681	225.471	244.260	263.049	281.838	300.627																																																																																																																																																																																																																																																																																										
375.784																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CLASE 5	58.662	82.126	93.859	105.591	117.323	131.988	146.654	175.985	205.315	234.647	258.111	281.576	305.040	328.505	351.970																																																																																																																																																																																																																																																																																											
375.434	469.294																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CLASE 6	71.361	99.906	114.178	128.450	142.723	160.564	178.404	214.084	249.765	285.446	313.990	342.535	371.079	399.624	428.168																																																																																																																																																																																																																																																																																											
456.713	570.892																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CLASE 7	85.271	119.380	136.433	153.487	170.542	191.860	213.177	255.813	298.448	341.084	375.192	409.300	443.409	477.517	511.625																																																																																																																																																																																																																																																																																											
545.734	682.168																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
CLASE 8	100.389	140.546	160.624	180.701	200.780	225.877	250.975	301.169	351.364	401.559	441.715	481.871	522.027	562.183	602.339																																																																																																																																																																																																																																																																																											
642.495	803.118																																																																																																																																																																																																																																																																																																									





POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVACION	HOJA ANEXA No. 58
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S DIRECCIÓN CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	NIT 900.304.288-4 TELÉFONO 6014814
ASEGURADO VARIOS SEGÚN RELACIÓN DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN DIRECCIÓN	TELÉFONO





AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
4	15	8001473410

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL : \$**63,800,000.00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**63,800,000.00
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 30 DIAS

PLAN DE PAGOS

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE (30) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SE FIRMA EN BOGOTA D.C

EN SEPTIEMBRE 21

DE 2015

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

EL ASEGURADO



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512820 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consulorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Consulte información sobre la Defensoría del Consumidor Financiero aquí <https://www.axacolpatria.co/documents/42201273/76141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf>

USUARIO: JMMANRIQUEO