



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
4	15	8001473410

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

FECHA SOLICITUD DÍA MES AÑO 23 09 2015	CERTIFICADO DE MODIFICACION	N° CERTIFICADO 428	N° AGRUPADOR	SUCURSAL BOGOTÁ CORREDORES						
TOMADOR DIRECCIÓN	SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERECHO MEDICO S.A.S CL 95 15 33 OF 503, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA			NIT TELÉFONO	900.304.288-4 6014814					
ASEGURADO DIRECCIÓN	JENNIFER VERA BOLIVAR CL 155 9 50 CS 36, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA			CC TELÉFONO	1127.940.274 2576979					
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	TERCEROS AFECTADOS ., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL			NIT TELÉFONO	000.000.000-0					
MONEDA Pesos	PUNTO DE VENTA	FECHA CORTE NOVEDADES	FECHA MAXIMA DE PAGO	VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS		
TIPO CAMBIO 1.00		FECHA LIMITE DE PAGO	23 10 2015	DÍA MES AÑO	06 09 2015	DE SDE A LAS	00:00	DÍA MES AÑO A LAS	06 09 2016 00:00	366

DETALLE DE COBERTURAS

ASEGURADO : JENNIFER VERA BOLIVAR C.C. 1127.940.274.
Dirección del Riesgo 89 : CALLE 124 N° 7 - 38, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA. - Modificación.
Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL
SubRamo : R.C.E. EXTRACONTRACTUAL
Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO
R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- R.C. PROFESIONAL	500,000,000.00	
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	500,000,000.00	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	500,000,000.00	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	1,500,000.00 PESOS TODA Y CADA RECLAMACION	

BENEFICIARIOS
Nombre Documento
TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A RENEVA LA PRESENTE POLIZA PARA EL SIGUIENTE ASEGURADO

ASEGURADO : VERA BOLIVAR JENNIFER

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	\$ *****500,000,000.00
PRIMA	\$ *****0.00
GASTOS	\$ *****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$ *****0.00
AJUSTE AL PESO	\$ *****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$ *****0.00

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 BOGOTA D.C A LOS 23 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2015

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	% 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 contactémos Escríbanos 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/42201273/76141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf

P_XXXXXX

USUARIO JMMANRIQUEO

-ORIGINAL - CLIENTE-



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001473410

CERTIFICADO DE: MODIFICACION		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	JENNIFER VERA BOLIVAR	CC	1127.940.274
DIRECCIÓN	CL 155 9 50 CS 36, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	2576979
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	000.000.000-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	
C. C.	: 1,127,940,274		
VALOR ASEGURADO	: \$500.000.000		
ESPECIALIDAD	: CIRUJANA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA		
DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES NO MODIFICADOS EN EL PRESENTE CERTIFICADO, CONTINÚAN VIGENTES.			





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 : \$**0.00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**0.00
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 23

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>



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.axacolatpatria.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.axacolatpatria.co/documents/4220127376141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf

P_XXXXXX

USUARIO JMMANRIQUEO

-ORIGINAL - CLIENTE-



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.8001473410

CERTIFICADO DE: RENOVIACION		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																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																															
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																
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																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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</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 : 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</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 : 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</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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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</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 : 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</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 : 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</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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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 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 : 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 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 : 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 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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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 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>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 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 : 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 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.	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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
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 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 : 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 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 : 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 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	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.	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.	C.C. 0																																																																													





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	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
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																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
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																																																																	
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																	
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</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 : 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</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 : 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</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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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</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 : 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</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 : 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</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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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="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 : 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="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 : 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="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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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="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 : 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="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 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="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. 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</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>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- 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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>																								
<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</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>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- 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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>																								
<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</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>				AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO	R.C. MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS- 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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p>																								





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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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</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 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</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 : 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</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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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="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 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="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 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="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 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="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 : 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="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 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="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		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>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 : 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>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 : 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>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. 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	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
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 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 : 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 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 : 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 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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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 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 : 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 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 : 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 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. 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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS , NIT 000.000.000-0</p> <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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <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 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. 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</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 : 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</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 : 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</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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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>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 : 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>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 : 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>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. 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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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="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 : 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="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 : 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="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. 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																																																																													
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN																																																																													
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 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 : 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 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 : 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 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	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	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	NIT 000.000.000-0																																																																													





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</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>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</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 : 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</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	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	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
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	TELÉFONO																																																																
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																
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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <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 Nombre Documento TERCEROS AFECTADOS NIT 000.000.000-0</p> <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 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. 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 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 : 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 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>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 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	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	TELÉFONO																																																																												
DIRECCIÓN		TELÉFONO																																																																												
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO																																																																												
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			
BENEFICIARIO	VARIOS SEGÚN RELACIÓN	TELÉFONO	
DIRECCIÓN			
<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: RENOVIACION		HOJA ANEXA No. 50
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>RENOVIACIÓN DEL CONTRATO EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVIACIONES 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 RENOVIACIONES 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 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

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 DE RELACIÓN 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 RENOVIACIÓN 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 RENOVIACIÓN, 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 RENOVIACIÓN 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 RENOVIACIÓN 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: RENOVIACION	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	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
BENEFICIARIO VARIOS SEGÚN RELACIÓN	
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 INDEPENDIEMENTE 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	DERMATOLOGÍA
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	NEONATOLOGÍA
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) ORTOPEDIA 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 ORTOPEDIA 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

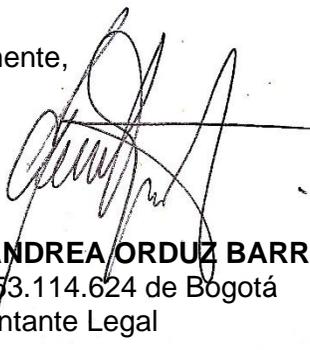
Señores,
JUZGADO 4° CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: Poder
Demandante: ANA CONCEPCION FORERO
VALLEJO Y OTROS
Demandado: CAFESALUD EPS Y OTROS
Radicado: 11001310300420180067200

ELISA ANDREA ORDUZ BARRETO, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 53.114.624, expedida en Bogotá obrando como representante legal de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, sociedad debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, sometida al control y vigilancia permanente de la Superintendencia Financiera de Colombia, tal como consta en el certificado adjunto, manifiesto a usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección inscrita en el Registro Nacional de Abogados: notificaciones@gha.com.co, las facultades de notificarse del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, contestar la demanda y/o el llamamiento en garantía, recibir, conciliar, transigir, desistir, sustituir y reasumir este poder y en general representar a la compañía en el proceso de la referencia.

Cordialmente,



ELISA ANDREA ORDUZ BARRETO
CC. No 53.114.624 de Bogotá
Representante Legal

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de Bogotá
T. P. No. 39116 del C.S.J.
notificaciones@gha.com.co



RV: PODER PROCESO RADICADO 11001310300420180067200 DEMANDANTE:ANA CONCEPCION FORERO VALLEJO Y OTROS - JUZGADO 4° CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ -mcl

Desde notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>

Fecha Lun 02/09/2024 15:54

Para ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

2 archivos adjuntos (678 KB)

PODER DTEANA CONCEPCION FORERO VALLEJO Y OTROS.pdf; certificado.pdf;

Señores,

JUZGADO 4° CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ccto04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: Poder

Demandante: ANA CONCEPCION FORERO VALLEJO Y OTROS

Demandado: CAFESALUD EPS Y OTROS

Radicado: 11001310300420180067200

Con el presente correo electrónico remitimos poder especial otorgado por el representante legal de AXA COLPatria SEGUROS S.A. al Dr. **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, para que se reconozca personería jurídica dentro del proceso de la referencia.

AVISO:

- Toda la información consignada y los anexos en este documento son de carácter estrictamente confidencial y está dirigida exclusivamente a su destinatario, sin la intención de que sea revelada o divulgada a otras personas. El acceso al contenido de esta comunicación por cualquier otra persona diferente al destinatario no está autorizado por el Remitente y está sancionado de acuerdo con las normas legales aplicables.
- Su contenido no constituye un compromiso para AXACOLPatria salvo ratificación escrita por ambas partes.
- El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo a él, razón por la cual AXACOLPatria (AXA COLPatria SEGUROS S.A., AXA COLPatria SEGUROS DE VIDA S.A., AXA COLPatria CAPITALIZADORA y AXA COLPatria MEDICINA PREPAGADA S.A.) no aceptará responsabilidad alguna por daños causados por cualquier virus transmitido en este correo.
- El que ilícitamente sustraiga, oculte, extravíe, destruya, intercepte, controle o impida esta comunicación, antes de que llegue a su destinatario, estará sujeto a las sanciones penales correspondientes. Igualmente, incurrirá en sanciones penales el que, en provecho propio o ajeno o con perjuicio de otro, divulgue o emplee la información contenida en esta comunicación. En particular, los servidores públicos que reciban este mensaje están obligados a asegurar y mantener la confidencialidad de la información en él contenida y en general, a cumplir con los deberes de

custodia, cuidado, manejo y demás previstos en el régimen disciplinario.

•Si por error recibe este mensaje, le solicitamos destruirlo.

WARNING:

- All the information contained and the annexes in this document are strictly confidential and are directed exclusively to its recipient, without the intention of it being revealed or disclosed to other people. Access to the content of this communication by any person other than the recipient is not authorized by the Sender and is sanctioned in accordance with applicable legal regulations.
- Its content does not constitute a commitment for AXACOLPATRIA unless written ratification by both parties.
- The recipient must check for possible computer viruses in the email or any attachment to it, which is why AXACOLPATRIA (AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., AXA COLPATRIA CAPITALIZADORA and AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A.) will not accept any responsibility. for damage caused by any virus transmitted in this email.
- Whoever illegally steals, hides, loses, destroys, intercepts, controls or prevents this communication, before it reaches its recipient, will be subject to the corresponding criminal sanctions. Likewise, anyone who, for their own benefit or that of others or to the detriment of another, discloses or uses the information contained in this communication will incur criminal sanctions. In particular, public servants who receive this message are obliged to ensure and maintain the confidentiality of the information contained therein and, in general, to comply with the duties of custody, care, management and other duties provided for in the disciplinary regime.
- If you receive this message by mistake, we ask you to destroy it.



Certificado Generado con el Pin No: 8241660607789849

Generado el 08 de agosto de 2024 a las 09:46:41

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. en adelante la "Sociedad"

NIT: 860002184-6

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 120 del 30 de enero de 1959 de la Notaría 9 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPANIA DE SEGUROS PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1648 del 14 de junio de 1976 de la Notaría 8 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1860 del 30 de mayo de 1991 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por SEGUROS COLPATRIA S.A.

Escritura Pública No 4195 del 19 de diciembre de 1997 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Acto de escisión de la sociedad SEGUROS COLPATRIA S.A., la cual sin disolverse, segrega en bloque una parte de su patrimonio con destino a la creación de la sociedad denominada "PROMOTORA COLPATRIA S.A."

Resolución S.F.C. No 1090 del 29 de junio de 2007 la Superintendencia Financiera aprueba la escisión de Seguros Colpatría S.A. "Acciones y valores Nuevo Milenio S.A.", sociedad beneficiaria de dicha operación y que se crea como consecuencia de la misma, ingresará como accionista de Capitalizadora Colpatría S.A. y Seguros de Vida Colpatría S.A. en un porcentaje inferior, en ambos casos al 10%

Resolución S.F.C. No 1380 del 23 de julio de 2013 la Superintendencia Financiera autoriza la escisión de Seguros Colpatría S.A. de conformidad con la solicitud presentada. Como consecuencia de la escisión las sociedades beneficiarias no se encuentran sujetas a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Escritura Pública No 1461 del 07 de mayo de 2014 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). , modifica su razón social de SEGUROS COLPATRIA S.A. por el de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. en adelante la "Sociedad"

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 61 del 24 de abril de 1959

REPRESENTACIÓN LEGAL: PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES. La Sociedad tendrá un presidente con un (1) suplente, quién reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta, designados por la junta directiva para períodos de dos (2) años. De conformidad con el Artículo Septuagésimo Séptimo.- durante el tiempo en el cual la Sociedad tenga un presidente adjunto, el presidente adjunto se desempeñará como suplente del presidente de la Sociedad, y reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta. Los vicepresidentes de la Sociedad cumplirán las funciones y tendrán las atribuciones propias de su respectiva área administrativa, en armonía con las que de manera específica les encomiende el presidente de la



Certificado Generado con el Pin No: 8241660607789849

Generado el 08 de agosto de 2024 a las 09:46:41

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Sociedad. REPRESENTACIÓN LEGAL. La representación legal será ejercida en forma simultánea e individual por el presidente de la Sociedad y sus suplentes y por las personas designadas por la junta directiva y removibles en cualquier tiempo. La junta directiva podrá conferir a esas personas la representación legal de la Sociedad en forma general, o limitada a ciertos asuntos o materias específicas. FUNCIONES DEL PRESIDENTE. Al presidente de la Sociedad o a quien lo reemplace temporalmente, corresponden privativamente las siguientes funciones: (a) Usar la razón o firma social. (b) Representar legalmente a la Sociedad judicial o extrajudicialmente y ante cualquier tercero o Entidad Gubernamental. (c) Suscribir los documentos públicos o privados necesarios para instrumentalizar los actos o contratos que, dentro del objeto social, celebre la Sociedad. (d) Ejecutar y hacer ejecutar los decretos de la asamblea general de accionistas y las decisiones de la junta directiva y de los comités de ésta, lo mismo que todas las operaciones en que la Sociedad haya acordado ocuparse, desarrollando su actividad conforme a los estatutos. (e) Nombrar y remover libremente a los empleados de la Sociedad, salvo aquellos cuya designación corresponda a la asamblea general de accionistas o a la junta directiva. (f) Señalar las atribuciones de los gerentes de las sucursales de la Sociedad y modificarlas cada vez que lo estime conveniente. (g) Presentar anualmente a la junta directiva con no menos de veinte (20) días calendario de anticipación a la convocatoria a la reunión ordinaria de la asamblea general de accionistas, los estados financieros de fin de ejercicio, acompañados de un proyecto de distribución de utilidades repartibles o cancelación de pérdidas y el informe de gestión previsto en la ley. (h) Suspender a los empleados nombrados por la junta directiva cuando falten al cumplimiento de sus deberes, nombrar interinamente sus reemplazos si es necesario y dar cuenta de todo ello a dicha junta en su próxima reunión para que resuelva en definitiva. (i) Convocar a la junta directiva a sesiones extraordinarias y mantenerla detalladamente informada de los negocios sociales. (j) Autorizar con su firma los títulos o certificados de acciones. (k) Decidir sobre las acciones judiciales que deban intentarse, o la defensas que deban oponerse a las que se promuevan contra la Sociedad, desistir de unas y otras, someter las diferencias de la Sociedad con terceros a la decisión de árbitros o de amigables componedores y transigir sobre dichas diferencias. (l) Cumplir los deberes que la ley le imponga y desempeñar las demás funciones que le encomiende la asamblea general de accionistas o la junta directiva y todas aquellas otras que naturalmente le correspondan en su carácter de Primer Director Ejecutivo de la Sociedad. (m) Notificar a la junta directiva de cualquier adquisición que supere COP\$9.600.000.000. FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES. Los representantes legales de la Sociedad, distintos del presidente de ésta, ejercerán las siguientes funciones. (a) Usar la razón o firma social. (b) Representar legalmente a la Sociedad judicial o extrajudicialmente. (c) Designar apoderados que representen a la Sociedad en procesos judiciales o fuera de ellos. (d) Suscribir los documentos públicos o privados necesarios para recoger los actos o contratos que, dentro del objeto social, celebre la Sociedad. (e) Ejercer la representación legal de la Sociedad, exclusivamente, en los asuntos específicamente asignados a cada uno de ellos. (Escritura Pública 1014 del 31 de marzo de 2014 Notaria 6 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Alexandra Quiroga Velasquez Fecha de inicio del cargo: 03/11/2022	CC - 52057532	Presidente
Lorena Elizabeth Torres Alatorre Fecha de inicio del cargo: 05/11/2020	CE - 1156017	Suplente del Presidente
Myrtam Stella Martínez Suancha Fecha de inicio del cargo: 04/07/2018	CC - 51732043	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Elisa Andrea Orduz Barreto Fecha de inicio del cargo: 25/01/2023	CC - 53114624	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Catalina Marcela Groot Hernández De Alba Fecha de inicio del cargo: 22/02/2024	CC - 1020727429	Representante Legal para Reclamación de Seguros
Olga Victoria Jaramillo Restrepo Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 52410339	Representante Legal para Asuntos Laborales



Certificado Generado con el Pin No: 8241660607789849

Generado el 08 de agosto de 2024 a las 09:46:41

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Paula Marcela Moreno Moya Fecha de inicio del cargo: 18/09/2014	CC - 52051695	Representante Legal para Asuntos Judiciales y Administrativos o Policivos
Karloc Enrique Contreras Buelvas Fecha de inicio del cargo: 30/08/2018	CC - 77157469	Representante Legal en Asuntos Generales (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2019060831-000 del día 3 de mayo de 2019, que con documento del 26 de marzo de 2019 renunció al cargo de Representante Legal en Asuntos Generales y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 712 del 26 de marzo de 2019. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Juan Guillermo Zuloaga Lozada Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 19391319	Representante Legal en Asuntos Generales
Alexandra Quiroga Velasquez Fecha de inicio del cargo: 10/05/2018	CC - 52057532	Representante Legal para Asuntos Generales
Aranzazu Treceño Puertas Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CE - 932823	Representante Legal para Asuntos Generales
Diana Inés Torres Llerena Fecha de inicio del cargo: 10/05/2018	CC - 51719566	Representante Legal para Asuntos Generales
Diego Méndez Oñate Fecha de inicio del cargo: 10/08/2023	CE - 7718216	Representante Legal para Asuntos Generales

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Aviación, Corriente débil, Cumplimiento, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Riesgo de minas y petróleos, Sustracción, Terremoto, Todo riesgo para contratistas, Transporte, Vidrios.

Resolución S.B. No 1947 del 12 de septiembre de 1994 Accidentes personales, Salud, Vida grupo. Con Resolución 1452 del 30 de agosto de 2011 la Superintendencia Financiera revoca la autorización concedida a Seguros Colpatria S.A. para operar el ramo de Seguros de Salud.

Resolución S.B. No 169 del 06 de febrero de 1995 Ramo de seguro de Vida grupo.

Resolución S.B. No 390 del 14 de marzo de 1996 Autorizado para operar el Ramo de seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

Oficio No 95022871-9 del 27 de mayo de 1996 Ramo de casco navegación

Resolución S.B. No 723 del 28 de junio de 2002 Autorizado para operar el ramo de Enfermedades de alto costo.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleo. b) se elimina el ramo denominado SECAL "Seguro de Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada".



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 8241660607789849

Generado el 08 de agosto de 2024 a las 09:46:41

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Resolución S.F.C. No 0239 del 26 de febrero de 2009 se autoriza operar el ramo de desempleo

Oficio No 2020030677 del 12 de marzo de 2020 ,autoriza el ramo de Seguro Agropecuario

Oficio No 2022044869 del 21 de julio de 2022 ,autoriza el ramo de seguro decenal



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: AXA COLPATRIA SEGUROS SA
Nit: 860.002.184-6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00010742
Fecha de matrícula: 28 de marzo de 1972
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 12 de marzo de 2024
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 9 24 38 Local Mezzanine
202

Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: cias.colpatriagt@axacolpatria.co
Teléfono comercial 1: 7421400
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 9 # 24-38 (Local 202
Mezanine)

Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:
notificacionesjudiciales@axacolpatria.co
Teléfono para notificación 1: 7421400
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Por Escritura Pública No. 3420 del 03 de octubre de 1994 de la Notaría 32 de Santafé de Bogotá, inscrita el 16 de noviembre de 1994 bajo el No. 56203 del libro VI, se decretó la apertura de sucursales de la sociedad dos en la ciudad de Cali.

REFORMAS ESPECIALES

Por E.P. No. 4.195 de la Notaría 32 de Santafé de Bogotá D.C., del 19 de diciembre de 1.997, inscrita el 22 de diciembre de 1.997, bajo el No. 615.356 del libro IX, la sociedad de la referencia se escindió sin disolverse, dando origen a la sociedad denominada: PROMOTORA COLPATRIA S.A.

Por E.P. No. 2024 de la Notaría 46 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2007, inscrita el 12 de septiembre de 2007, bajo el No. 1157332 del libro IX, la sociedad de la referencia se escindió sin disolverse, pasando parte de su patrimonio a la sociedad ACCIONES Y VALORES NUEVO MILENIO S.A., la cual se constituye.

Por Escritura Pública No. 2701 de la Notaría 6 de Bogotá D.C., del 23 de julio de 2013, inscrita el 30 de julio de 2013, bajo el número 01752761 del libro IX, la sociedad SEGUROS COLPATRIA S A, se escindió transfiriendo parte de su patrimonio para la constitución de las sociedades, GIERAN S.A y BANDERATO CORP (sociedades extranjeras/panamá).

Por E.P. No. 1.860 de la Notaría 32 de Bogotá del 30 de mayo de 1.991, inscrita el 14 de junio de 1.991 bajo el No. 329.354 del libro IX, la sociedad cambió su razón social de: COLPATRIA COMPAÑIA DE SEGUROS PATRIA S.A., por el de: SEGUROS COLPATRIA S.A.

Por Escritura Pública No. 1461 de la Notaría 6 de Bogotá D.C., del 7 de mayo de 2014, inscrita el 12 de mayo de 2014 bajo el número 01833466 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de: SEGUROS COLPATRIA S.A., por el de: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 1596 del 5 de mayo de 2014 inscrito el 13 de mayo de 2014 bajo el No. 00140939 del libro VIII, el Juzgado 31 Civil del Circuito Bogotá, comunicó que en el proceso ordinario de responsabilidad No. 110013103031-201400006 de Francined Reyes y Delio Augusto López Benítez contra SEGUROS COLPATRIA S.A y diego Alejandro Caicedo casas se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0099 del 21 de enero de 2014, inscrito el 10 de julio de 2014 bajo el No. 00142142 del libro VIII, el Juzgado civil del circuito de Chocontá, comunico que en el proceso ordinario No. 2013-0316, de Cecilia Quintero, otros contra Willian Mauricio Barón Pérez, otros decreto la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia

Mediante Oficio No. 0876 del 9 de mayo de 2014 inscrito el 30 de agosto de 2014 bajo el No. 00143215 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito Chocontá, comunicó que en el proceso ordinario No. 2013-0316 de Cecilia Quintero y otros contra William Mauricio Barón Pérez y otros se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 3934 del 5 de noviembre de 2015, inscrito el 23 de noviembre de 2015, bajo el No. 00151678 del libro VIII, el Juzgado 14 Civil del Circuito de Cali - valle, comunico que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual de Ana María Jiménez López, Constanza Helena Jiménez López, Isabel Cristina Jiménez López y Leonel Jiménez López Contra Yeferson Diaz Collazos, Gloria Stella Quintero Murillo, la sociedad TAXIS LIBRES 4444444 S.A y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No.03441 del 25 de septiembre de 2001, inscrito el 28 de noviembre de 2017 bajo el Registro No. 00164694 del libro VIII, el Juzgado 02 Civil Municipal de BOGOTÁ, comunico que en el proceso verbal 2017-00577, de: Ricardo Palacio, contra: AXA COLPATRIA SEGUROS; se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

referencia.

Mediante Oficio No. 3304 del 21 de septiembre de 2017, inscrito el 9 de enero de 2018 bajo el Registro No. 00165323 del libro VIII, el Juzgado 42 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunico que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual 2017-0431 de Emanuel Andrey Duran Carvajal por intermedio de su señora madre Claudia María Carvajal Silva, los menores Adrian Stewart Duran Riaño, Heynner Fabian Duran Riaño y Jennifer Geraldine Duran Riaño, por medio de su señora madre Blanca Azucena Riaño Abril, Lucila Duran Rodríguez, Benito Duran Rodríguez, Ana Maria Duran Rodriguez, Angela Rodríguez De Duran y Benito Duran Fonce., contra: Duveiner Antonio Cañón, SOCIEDAD DE TRANSPORTE PUBLICO TERRESTRE AUTOMOTOR ESPECIAL CANIPAS S.A.S y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0058 del 18 de enero de 2018, inscrito el 22 de enero de 2018 bajo el Registro No. 00165461 del libro VIII, el Juzgado 04 Civil de Circuito de Montería, comunico que en el proceso verbal de responsabilidad civil No. 2017-00243-00, de: Yenía María Núñez Hernández, contra: Eunice Rebeca Vélez Martelo, Andrés Felipe Vergara y AXA COLPATRIA, se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 3743 del 15 de agosto de 2018, inscrito el 26 de octubre de 2018 bajo el No. 00171972 del libro VIII, el Juzgado 15 Civil Municipal de Cali - Valle, comunicó que en el proceso declarativo de responsabilidad civil extracontractual No. 760014003015201800480-00 de: Cruz Elena Vásquez Restrepo contra: EDIFICIO AUSTRAL P.H y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0792 del 29 de abril de 2019, inscrito el 7 de Mayo de 2019 bajo el No. 00176049 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 230013103002-2019-00113-00 de: Carlos José Ramirez Tordecilla, contra: Luis Enrique Gomez Lozano y AXA COLPATRIA SEGUROS SA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 04932 del 19 de noviembre de 2018, inscrito el 11 de Junio de 2019 bajo el No. 00177110 del libro VIII, el Juzgado 2

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Civil Municipal de Montería (Córdoba), comunicó que en el proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 23.001.40.03.002.2018.00732.00 de: Walter Segundo Garcia Estrada apoderado: Jorge Ortiz, contra: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A y Otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 5030 del 11 de octubre de 2019, inscrito el 31 de Octubre de 2019 bajo el No. 00181030 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 680013103003-2019-00274-00 de: Libia Andrea Diaz Parada CC. 1.098.672.100, Contra: AXXA COLPATRIA SEGUROS y EMPRESA DE TRANSPORTES BUCAROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 254 del 29 de enero de 2020, inscrito el 12 de Febrero de 2020 bajo el No. 00183082 del libro VIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito De Garzón (Huila), comunicó que en el proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 41-298-31-03-001-2019-00134-00 de: Cristian Humberto Paniagua Bermeo CC. 1.077.851.743 e Irma Gonzalez Gonzalez CC.1.078.246.788, Contra: Faraón Arnoldo Castillo Carrion CC. 3.000.370 y la COMPAÑIA AXA COLPATRIA SEGUROS SA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0036 del 03 de febrero de 2021, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Sincelejo (Sucre), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil No. 70001-31-03-005-2020-00090-00 de Ana Leonor Vanegas Julio y otros, Contra: Juan Camilo Gómez Henao, Juan David Madrid Meneses, Jhimy Alexis Montoya Suárez, Heriberto Carlos Barrios Varón, AXA COLPATRIA SEGUROS SA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Febrero de 2021 bajo el No. 00187417 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0174-22 del 8 de marzo de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 6 de Abril de 2022 con el No. 00196697 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal De Responsabilidad Civil Extracontractual De Mayor Cuantía No. 23-001-31-03-001-2020-00165-00 de Eusebio Segundo Tordecilla Espitia C.C. 6887913, Enadis María Espitia De Tordecilla C.C. 25769449, Ena

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Luz Escudero Klelel C.C. 63303608, Lina Marcela Tordecilla Escudero C.C. 1067933793, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A NIT 860002184-6, Jose Luis Berastegui Vellojin C.C. 6889282, Luisa Fernanda Berastegui Ortiz C.C. 1007909340.

Mediante Oficio No. 0617 del 27 de mayo de 2022 el Juzgado 8 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 29 de Junio de 2022 con el No. 00198104 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo de responsabilidad civil No. 11001-31-03-008-2020-00040-00 de Verónica Rodríguez De Garzon C.C. 41384807 y Ana Del Carmen Garzon Rodriguez C.C. 51703408 Contra: Ismael Garzon Romero C.C. 80770047; TRASPORTADORA DE VALORES ATLAS LTDA NITE 8903222941 Y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A NIT 8600021846.

Mediante Oficio No. 1420 del 05 del agosto de 2022 el Juzgado 10 Civil Municipal de Oralidad de Medellín (Antioquia), inscrito el 7 de Septiembre de 2022 con el No. 00199505 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 05001400301020220074300 de Andrés Antonio porras Uribe, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS SA. NIT. 860.002.184-6 y Leandro Arroyave Urrego.

Mediante Oficio No. 1513 del 30 de septiembre de 2022, el Juzgado 17 Civil Municipal de Oralidad de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 5 de Octubre de 2022 con el No. 00200477 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal No. 760014003017-2022-00561-00 de Valentina García López C.C. 1.144.096.798, Jessica Alejandra López C.C. 1.006.180.130 y Oscar Humberto Moreno representante del menor Matías Moreno Lopez C.C. 94.402.838, contra Jeffrey Jimenez Fernández C.C. 1.144.068.680, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A NIT. 860.002,184-6, AXA COLPATRIA S.A. NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS S.A. NIT. 891.700.037-9.

Mediante Oficio No. 769 del 26 de octubre de 2022, el Juzgado 3 civil del circuito de Villavicencio (Meta), inscrito el 4 de Noviembre de 2022 con el No. 00200914 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 500013153003-202200222-00 de Ruth Alexandra Campos Herrera C.C. 1.121.843.118, contra: Henry Herrera Forero C.C. 19.124.719, Juan Sebastian Melgarejo Herrera CC.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

1.000.161.015 y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. NIT 860002184-6.

Mediante Oficio No. 3704 del 21 de noviembre de 2022, el Juzgado 4 Civil Municipal de Bucaramanga (Santander), inscrito el 30 de Noviembre de 2022 con el No. 00201568 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad contractual menor cuantía No. 680014003004-202100504-00 de Graciela Fierro De Tovar C.C. 21.218.656, contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. NIT. 800.002.184-6. de Jesmith Daniela Bedoya Jimenez Cc:
1.067.959.935

Mediante Oficio No. JC-067 del 15 de febrero de 2023, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cartagena (Bolívar), inscrito el 20 de Febrero de 2023 con el No. 00203385 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 13001-31-03-005-2022-00104-00 de Walter de Jesús Gazabon Herrera C.C. 73.576.516, contra Henry David Huertas Camacho C.C. 80.179.195 y AXA COLPATRIA COMPAÑÍA ASEGURADORA S.A. NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 1204 del 28 de agosto del 2023, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Planeta Rica (Córdoba), inscrito el 1 de Septiembre de 2023 con el 00209141 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 23555-31-89001-2023-00082-00 de Jesmith Daniela Bedoya C.C 1.067.959.935. Y otros Kevin José Zapata Quintero CC: 1.039.465.723 Y Otros. AXA COLPATRIA COMPAÑÍA ASEGURADORA S.A. NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 172 del 21 de septiembre de 2023, el Juzgado Civil del Circuito Turbo (Antioquía), inscrito el 27 de Septiembre de 2023 con el No. 00209768 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 058373103001-2023-00089-00 de Claudia Patricia Bravo Bolaños C.C. 1.027.942.121, contra Jamer Hipólito Chiquillo Mena C.C. 15.647.415, Juan Andrés Betancurt Torres C.C. 1.028.016.915, TRANSPORTES COLBANTUR S.A.S. NIT. 800.214.740-3 y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 194 del 18 de octubre de 2023, el Juzgado Civil

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

del Circuito de Turbo (Antioquía), inscrito el 27 de Octubre de 2023 con el No. 00212435 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 058373103001-2023-00103-00 de Javier Antonio Villalba Mendoza C.C. 1.039.081.524 quien actúa en nombre propio y en representación del menor Jadiel Andrés Villalba Viloria T.I. 1.199.463.322, Danis Johana Viloria Hernández C.C. 1.039.098.907, Enna Sofía Hernández Doria C.C. 32.201.219, Joaquín Antonio Viloria Banqueth C.C. 82.170.108 y Noris del Carmen Villalba Mendoza C.C. 39.157.740, contra BANCO DE OCCIDENTE S.A. NIT. 860.002.184-6, Rubén Darío García López C.C. 8.168.427 y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 3565 del 12 de diciembre de 2023, el Juzgado 15 Civil Municipal de Oralidad de Medellín (Antioquia), inscrito el 18 de Diciembre de 2023 con el No. 00213557 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo No. 05-001-4003-015-2023-01365-00 de Victor Aguilar Salas, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS SA NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 0019 del 19 de enero de 2024, el Juzgado 01 Civil del Circuito de Soacha (Cundinamarca), inscrito el 23 de Enero de 2024 con el No. 00214259 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2023-00253-00 de Nelly Rubio Rojas C.C. 65.498.730 y Elba Margot Rojas De Rubio C.C. 28.604.984, contra AXA COLPATRÍA SEGUROS S.A. NIT. 860.002.184-6 y Andrés Castiblanco Castiblanco C.C. 1.076.660.346.

Mediante Oficio No. 00208 del 12 de abril de 2024, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 18 de Abril de 2024 con el No. 00221628 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 23 001 31 03 002 2023 00066 00 de Gladys Rosa Vergara Nieto CC. 50.933.277, Jorge Luis Parra Alvarez CC. 78.705.020, Angie Paola Galvan Vergara CC. 1.010.132.896 y Ever Andrés Galvan Vergara CC. 1.010.132.904, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS SA NIT. 860.002.184-6, y Maria del Rosario Florez Suarez CC. 34.996.792.

Mediante Oficio No. 1112 del 24 de abril de 2024, el Juzgado 73 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá D.C., inscrito el 7

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de Mayo de 2024 con el No. 00222092 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal sumario No. 10014189073 2023 00601 00 de Diana Paola Peña Bustos CC. 1.012.340.888, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS SA NIT. 860.002.184-6.

Mediante Oficio No. 00466 del 9 de mayo de 2024, el Juzgado Civil del Circuito de Aguachica (Cesar), inscrito el 16 de Mayo de 2024 con el No. 00222313 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 20-011-31-03-001-2024-00030 de Nancy Del Carmen Mejia Navarro CC. 49.661.605, Yesid Hernandez Mejia CC. 1.062.431.121, Silfredo Manuel Hernandez Rangel CC. 15.700.199, Maria Celinda Sierra Ciprian CC. 2.985.027, Orlinda Del Carmen Hernandez Sierra CC. 50.882.350, Beatriz Elena Hernandez Sierra CC. 50.882.296, John Jader Hernandez Sierra CC. 1.065.376.674, Rosembert Hernandez Sierra CC. 1.065.373.450, Yamit Jose Hernandez Sierra CC. 15.704.844, Lorena Lopez Ramirez CC. 1.007.331.022, Leidi Dayhana Cardenas Guzman CC. 1.065.245.861, Israel Lopez Diaz CC. 18.922.091, Maria Isabel Ramirez Vargas CC. 37.510.258 y Carlos Alberto Lopez Ramirez CC. 1.065.245.784, Contra: AXA COLPATRIA SEGUROS SA NIT. 860.002.184-6, DISTRIBUCIONES QUINPAO SAS NIT. 901.102.478-3, BAVARIA & CIA S.C.A NIT. 860.005.224-6, Harold Yesid Marquez CC. 88.281.309 y Jonnathan Frey Montalvo Parada CC. 1.065.595.459.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 3000.

OBJETO SOCIAL

El objeto social de la compañía consiste en la realización de operaciones de seguros, bajo las modalidades y ramos para los cuales sea expresamente facultada, aparte de aquellas otras operaciones previstas en la ley con carácter especial. Así mismo, podrá efectuar operaciones de reaseguros, en los términos que establezca la Superintendencia Financiera. En desarrollo de su objeto social, la sociedad podrá, además de todo aquello para lo cual está legalmente

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

facultada, celebrar y ejecutar cualquier otra clase de contratos civiles o mercantiles que guarden relación directa con su objeto social.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : \$16.623.499.077,00
No. de acciones : 15.016.711,00
Valor nominal : \$1.107,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : \$12.515.216.175,00
No. de acciones : 11.305.525,00
Valor nominal : \$1.107,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : \$12.515.216.175,00
No. de acciones : 11.305.525,00
Valor nominal : \$1.107,00

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Lorena Elizabeth Torres Alatorre	C.E. No. 1156017
Segundo Renglon	Alexandra Quiroga Velasquez	C.C. No. 52057532
Tercer Renglon	Figueroa Luna Rodrigo Fernando	P.P. No. PAJ422012
Cuarto Renglon	Maria Jesus De Arteaga	P.P. No. PAH222403

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Larru			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	
Quinto Renglon	Tatiana Maria Orozco De La Cruz	C.C. No. 52419421	
Sexto Renglon	Claudia Helena Pacheco Cortes	C.C. No. 21070252	
Septimo Renglon	Luciano Enrique Lersundy Angel	C.C. No. 19480915	
SUPLENTE			
Larru			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	
Primer Renglon	Nicolas Francois Granier	P.P. No. 18AI30641	
Segundo Renglon	Melina Andrea Cotlar	P.P. No. AAB839533	
Tercer Renglon	Raul Pedro Antunes Gomes	P.P. No. CC336348	
Cuarto Renglon	Martin Zabka	P.P. No. 502005234	
Quinto Renglon	Francisco Andres Gaitan Daza	C.C. No. 79688367	
Sexto Renglon	Claudia Liliana Rodriguez Castillo	C.C. No. 52260675	
Septimo Renglon	Alfredo Angueyra Ruiz	C.C. No. 79142306	

Por Acta No. 74 del 29 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de octubre de 2022 con el No. 02891242 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	
Primer Renglon	Lorena Elizabeth Torres Alatorre	C.E. No. 1156017	
Quinto Renglon	Tatiana Maria Orozco De La Cruz	C.C. No. 52419421	
Sexto Renglon	Claudia Helena Pacheco Cortes	C.C. No. 21070252	
Septimo Renglon	Luciano Enrique Lersundy Angel	C.C. No. 19480915	

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Melina Andrea Cotlar	P.P. No. AAB839533
Tercer Renglon	Raul Pedro Antunes Gomes	P.P. No. CC336348
Quinto Renglon	Francisco Andres Gaitan Daza	C.C. No. 79688367
Septimo Renglon	Alfredo Angueyra Ruiz	C.C. No. 79142306

Por Acta No. 75 del 30 de noviembre de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de abril de 2023 con el No. 02957171 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Alexandra Quiroga Velasquez	C.C. No. 52057532
Cuarto Renglon	Maria Jesus De Arteaga Larru	P.P. No. PAH222403

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Nicolas Francois Granier	P.P. No. 18AI30641
Cuarto Renglon	Martin Zabka	P.P. No. 502005234

Por Acta No. 76 del 28 de marzo de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de junio de 2023 con el No. 02990276 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
-------	--------	----------------

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Tercer Renglon Figueroa Luna Rodrigo P.P. No. PAJ422012
Fernando

Por Acta No. 77 del 22 de septiembre de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 15 de marzo de 2024 con el No. 03078466 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Sexto Renglon	Claudia Liliana Rodriguez Castillo	C.C. No. 52260675

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 73 del 26 de marzo de 2021, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de mayo de 2021 con el No. 02704986 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES AUDITORES SAS	Y N.I.T. No. 900943048 4

Por Documento Privado del 2 de mayo de 2023, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de junio de 2023 con el No. 02991601 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Ingrid Janeth Ramos Mendivelso	C.C. No. 52426886 T.P. No. 79160-T

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Juan David Franco Lopez	C.C. No. 1016066309 T.P. No. 261627-T

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

PODERES

Por Documento Privado del 16 de agosto de 2005, inscrito el 18 de agosto de 2005 bajo el No. 9947 del libro V, el señor Fernando Quintero Arturo, identificado con la C.C. No. 19.386.354 expedida en Bogotá, en su calidad de representante legal de SEGUROS COLPATRIA S.A., confiere poder especial al Dr. Jorge Eliecer Jimenez Castro, identificado con la cédula de ciudadanía No. 17.001.575 de Bogotá, para que con facultades expresas para conciliar o transigir, en nombre y representación de la sociedad en cuyo nombre actuó, asista a las audiencias de conciliación prejudicial que como requisito de procedibilidad contempla la ley 640 de 2001, las audiencias de conciliación judicial en material laboral de que trata el artículo 77 del código de procedimiento laboral, y a las audiencias de conciliación judicial contempladas en el art. 101 del código de procedimiento civil, conforme a las indicaciones que para cada caso en particular le determine la compañía. Este poder se extiende para que asista igualmente en representación de la compañía a todas las diligencias judiciales en que sea necesaria la presencia de la compañía, incluidos interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal.

Por Documento Privado del 24 de agosto de 2005, inscrito el 02 de septiembre de 2005 bajo el No. 9986 del libro V, compareció Fernando Quintero Arturo identificado con cédula de ciudadanía No. 19.386.354 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente a Jorge Andrés Chavarro Nieto identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.777.712 de Bogotá, para que con facultades expresas para conciliar o transigir, en nombre y representación de la sociedad en cuyo nombre actuó, asista a las audiencias de conciliación prejudicial que como requisito de procedibilidad contempla la ley 640 de 2001, las audiencias de conciliación judicial en material laboral de que trata el artículo 77 del código de procedimiento laboral, y a las audiencias de conciliación judicial contempladas en el art. 101 del código de procedimiento civil.

Por Escritura Pública No. 1571 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 14 de agosto de 2015, inscrita el 19 de agosto de 2015 bajo el No. 00031779 del libro V, compareció José Manuel Ballesteros Ospina

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

identificado con cédula de ciudadanía No. 79.386.114 de Bogotá en su condición de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Blanca Isabel Tibaduiza Puentes, identificada con cédula ciudadanía No. 51.920.241 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: objetar o declinar las reclamaciones efectuadas por los asegurados o beneficiarios, sin consideración a la cuantía de las mismas, relacionadas con siniestros. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 452 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 29 de marzo de 2016, inscrita el 8 de abril de 2016 bajo los Nos. 00033996 y 00033998 del libro V, compareció paula marcela moreno moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal para asuntos judiciales, administrativos y/o policivos de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, procede a otorgar poder general a, Mariela Adriana Hernández Acero identificada con cédula de ciudadanía No. 51.714.782 de Bogotá y de Luisa Fernanda Velásquez Angel identificada con cédula de ciudadanía No. 52.085.315 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos: A) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar, B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a los apoderados, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 741 de la Notaría 64 de Bogotá D.C., del 31 de marzo de 2016, inscrita el 8 de abril de 2016 bajo el No. 00033999 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal para asuntos judiciales, administrativos y/o policivos de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a María Elena Bermúdez Gómez identificada con cédula ciudadanía No. 51.688.057 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: A) Notificarse de actos administrativos de entidades del orden nacional departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá o entidades descentralizadas de los mismos ordenes; así como actos administrativos que profiera la dirección de impuestos y aduanas nacionales, B) Representar a la compañía en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

actuaciones administrativas. C) Representar a la compañía en diligencias judiciales y extrajudiciales D) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones efe representante legal. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada es insustituible.

Por Escritura Pública No. 0048 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 20 de enero de 2017, inscrita el 6 de febrero de 2017 bajo el No. 00036824 del libro V, compareció Juan Guillermo Zuloaga Lozada, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.391.319 obrando en su condición de representante legal de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Ivan Dario Herrera Spell, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.623.185 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad ejecute los siguientes actos: 1) Objetar o declinar las reclamaciones efectuadas por los asegurados o beneficiarios, sin consideración a la cuantía de las mismas, relacionadas con siniestros del ramo de automóviles. 2) Suscribir solicitudes de levantamiento de prenda. 3) Suscribir contratos de compraventa de vehículos. 4) Suscribir contratos de transacción. 5) Suscribir el formulario único nacional para trámites ante tránsito (formulario de solicitud de tramites del registro nacional automotor) 5) Suscribir autorizaciones ante la secretaria de tránsito. 6) Suscribir poderes para recuperación de vehículos. El poder conferido mediante el presente documento al apoderado(a), es insustituible.

Por Escritura Pública No. 1125 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 03 de agosto de 2017 inscrita el 8 de agosto de 2017 bajo el No. 00037723 del libro V, compareció paula marcela moreno moya identificado con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal para asuntos judiciales, administrativos y/o policivos por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Carlos Francisco García Harker identificado con cédula ciudadanía No. 91.280.716 de Bucaramanga, para que en nombre y representación de las; sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para, conciliar, B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a los, apoderados, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 1186 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

11 de agosto de 2017 inscrita el 17 de agosto de 2017 bajo el No. 00037824 del libro V, compareció Carlos Eduardo Luna Crudo identificado con cédula de ciudadanía No. 80414106 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Camila Andrea Perez Huérfano identificado con cédula ciudadanía No. 1020754265 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad ejecute los siguientes actos: 1) Objetar o declinar las reclamaciones efectuadas por los asegurados o beneficiarios, sin consideración a la cuantía de las mismas, relacionadas con siniestros del ramo de automóviles. 2) Suscribir solicitudes de levantamiento de prenda. 3) Suscribir contratos de compraventa de vehículos. 4) Suscribir contratos de transacción. 5) Suscribir el formulario único nacional para trámites ante tránsito (formulario de solicitud de tramites del registro nacional automotor) 5) Suscribir autorizaciones ante la secretaria de tránsito. 6) Suscribir poderes para recuperación de vehículos. 6) Representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento al apoderado(a), es insustituible.

Por Escritura Pública No. 2.024 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 19 de diciembre de 2017, inscrita el 31 de enero de 2018 bajo el No. 00038717 del libro V, compareció paula marcela moreno moya identificada con cédula de ciudadanía número 52.051.695 de Bogotá y manifestó. Primero: Que obrando en su condición de representante legal para asuntos judiciales, administrativos y/o policivos de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. Otorga poder general a Mildrey Yurani Bahena Villa identificada con cédula de ciudadanía No. 1.112.101.216 de Andalucía para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar, B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal segundo: El poder conferido mediante el presente documento a los apoderados en insustituible.

Por Escritura Pública No. 0128 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 7 de febrero de 2018, inscrita el 13 de febrero de 2018 bajo el No. 00038780 del libro V, compareció paula marcela moreno moya, identificada con cédula de ciudadanía número 52.051.695 de Bogotá, en su calidad de representante legal para asuntos judiciales y administrativos y/o policivos de la sociedad de la referencia, por

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

medio de la presente escritura pública, otorga poder general a Blanca Cecilia Soler Orduz, identificada con cédula de ciudadanía No. 63.282.182 de Bucaramanga, para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar, B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal. El poder conferido mediante el presente documento a los apoderados, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 0186 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 20 de febrero de 2018, inscrita el 12 de abril de 2018 bajo el Registro No. 00039145 del libro V, compareció paula marcela moreno moya identificado con cédula de ciudadanía No. 52051695 de Bogotá en su calidad de representante legal para asuntos judiciales, administrativos y/o policivos por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a María Elvira Bossa Madrid identificado con cédula ciudadanía No. 51.560.200 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar; B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de representante legal. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a los apoderados, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 0861 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de junio de 2019, inscrita el 21 de Junio de 2019 bajo el registro No 00041713 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá D.C; en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Elisa Andrea Orduz Barreto, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.114.624 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: A) Notificarse de actos administrativos de entidades del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá o entidades descentralizadas de los mismos ordenes así como actos administrativos que profiera la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. B) Representar a la Compañía en actuaciones administrativas ante entidades del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá o entidades descentralizadas de los mismos órdenes, así como actos administrativos que profiere la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales C) Representar a la Compañía en diligencias

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

judiciales y extrajudiciales d) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de Representante Legal SEGUNDO: El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada es insustituible.

Por Escritura Pública No. 0477 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de abril de 2019, inscrita el 15 de Julio de 2019 bajo el registro No 00041836 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá D.C. en su calidad de Representante legal para asuntos Judiciales, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Ana Carolina Mendoza Meza identificada con cédula ciudadanía No. 1.065.616.743 de Valledupar y Luisana Choles Regalado identificada con cédula de ciudadanía No. 1.065.648.280 de Valledupar, para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecuten los siguientes actos: A) Representar a las Compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar, B) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de Representante Legal. SEGUNDO: El poder conferido mediante el presente documento a las apoderadas, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 1227 del 22 de marzo de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 18 de Abril de 2023, con el No. 00049714 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Leidy Yuliedt Orjuela Villegas, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.092.855 de Bogotá para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: a) Celebrar y ejecutar actos y contratos requeridos para la participación de la Compañía en las licitaciones públicas y privadas, selecciones abreviadas de menor cuantía, invitaciones de mínima cuantía, procesos de contratación directa, concursos y solicitud de cotización de seguros en el ámbito regional y/o nacional cuya cuantía en primas ofertadas sea Igual o inferior a 1.552 SMMLV; b) presentación y suscripción de toda la documentación concerniente a la elaboración de una oferta como cartas de presentación, aceptación de las condiciones técnicas básicas, indicadores financieros, certificados de experiencia, resumen económico, certificaciones de reaseguro, garantías de seriedad, formatos para pago de indemnizaciones y todas las demás que sean solicitadas dentro de un pliego de condiciones para todos los procesos cuya cuantía en primas ofertadas sea igual o inferior a 1.552 SMMLV; c) representar legalmente a la Compañía en todas las audiencias públicas de adjudicación o de aclaración de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

pliegos ante cualquier entidad pública, sociedad de economía mixta o empresa privada en el cual no operará ningún límite de cuantía. El poder conferido mediante el presente documento al apoderado, es insustituible. Se entenderá vigente este poder general en tanto no sea revocado expresamente o no se den las causales que la ley establece para su terminación.

Por Escritura Pública No. 2218 del 11 de mayo de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 26 de Mayo de 2023, con el No. 00049987 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Natalia Villada Rojas, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.086.922.093, a Karen Elizabeth Arias García, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.385.237, a María Camila Castelblanco Lara, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.018.441.843 y a Diana Patricia Cortés Rodríguez, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.082.123 para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: A) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar y b) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de Representante Legal. El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada es insustituible.

Por Escritura Pública No. 2219 del 11 de mayo de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 26 de mayo del 2023, con el No. 00049989 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Ivonne Nathalie Rojas Pacheco, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.022.941.246, a Ana María Velásquez Quintero, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.024.512.856 y a Ana María Soto Sandoval, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.018.436.649. para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: a) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar, y b) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de Representante Legal. El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada es insustituible.

Por Escritura Pública No. 2222 del 11 de mayo de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 29 de Mayo de 2023, con el No. 00049999 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Jean Carlos Mendoza Caridad, identificado con cédula de ciudadanía No. 2.000.013.718, para que en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

nombre y representación de la sociedad ejecute los siguientes actos:
1) Objetar o declinar las reclamaciones efectuadas por los asegurados o beneficiarios, sin consideración a la cuantía de las mismas, relacionadas con siniestros del ramo de automóviles. 2) Suscribir solicitudes de levantamiento de prenda. 3) Suscribir contratos de compraventa de vehículos. 4) Suscribir contratos de transacción. 5) Suscribir el formulario único nacional para trámites ante tránsito (formulario de solicitud de trámites del registro nacional automotor). 6) Suscribir autorizaciones ante la secretaria de tránsito. 7) Suscribir poderes para recuperación de vehículos. 8) Representar a la compañía en las diligencias judiciales y Extrajudiciales. El poder conferido mediante el presente documento al apoderado, es insustituible.

Por Escritura Pública No. 1677 del 14 de abril de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 9 de Junio de 2023, con el No. 00050090 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Ronald Elías Tellez Navarro, identificado con cedula de ciudadanía No. 80.243.148 de Bogotá para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: I) Objetar o declinar las reclamaciones efectuadas por los asegurados o beneficiarios, sin consideración a la cuantía de las mismas, relacionadas con siniestros, y (II) firmar finiquitos, actas de conciliación de facturación y transacciones. El poder conferido mediante el presente documento al apoderado es insustituible. Se entenderá vigente este poder general en tanto no sea revocado expresamente o no se den las causales que la ley establece para su terminación.

Por Escritura Pública No. 2942 del 5 de junio de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 9 de Junio de 2023, con el No. 00050099 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, a Rosana Mercedes Diaz Franco, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.018.439.842, para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: a) Representar a las compañías en las diligencias judiciales y extrajudiciales con facultades para conciliar únicamente en la jurisdicción laboral y b) Absolver interrogatorios de parte y/o declaraciones de Representante Legal en procesos de jurisdicción laboral. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento a la apoderada es insustituible.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3224 del 15 de junio de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 28 de Junio de 2023, con el No. 00050248 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Miguel Angel Laborde Meek, identificado con cédula de ciudadanía número 1.018.430.601 de Bogotá, D.C.. para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: a) Representar legalmente a la aseguradora en trámites ante la Superintendencia Nacional de Salud, y b) Representar legalmente a la aseguradora en conciliaciones extrajudiciales. El poder conferido mediante el presente documento al apoderado, es insustituible. Se entenderá vigente este poder general en tanto no sea revocado expresamente o no se den las causales que la ley establece para su terminación.

Por Escritura Pública No. 3607 del 28 de junio de 2023, otorgada en la Notaría 27 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de Julio de 2023, con el No. 00050355 del libro V, la persona jurídica confirió poder general a Juan David Merchán Cadavid, identificado con cédula de ciudadanía Número 80.412.761 para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: a) Suscribir solicitudes de levantamiento de prenda, b) Suscribir contratos de compraventa de vehículos, c) Suscribir contratos de transacción, d) Suscribir el formulario único nacional para trámites ante tránsito (formulario de solicitud de trámites de registro nacional automotor), e) Suscribir autorizaciones ante la secretaria de tránsito, f) Suscribir poderes para recuperación de vehículos. Segundo: El poder conferido mediante el presente documento al apoderado es insustituible.

Por Documento Privado del 15 de diciembre de 2010, inscrito el 28 de diciembre de 2010 bajo el No. 00019039 del libro V, Mauricio Ramos Arango identificado con cédula de ciudadanía No. 79.456.009 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confirió poder especial a José Alfonso Céspedes Casiano, identificado con cédula ciudadanía No. 79.480.560 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad en cuyo nombre actuó, ejecute el manejo y administración de las cuentas de compensación debidamente registradas ante el depósito centralizado de valores DECEVAL, firme los cheques correspondientes a dichas cuentas y remita y solicite la información respectiva.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESTATUTOS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
120	30-I--1.959	9 BTA	3-II--1.959 NO. 27.520
1648	14-VI-1.976	8 BTA	2-VII-1.976 NO. 36.942
2388	6-VII-1.971	8 BTA.	21-VII-1.971 NO. 44.570
286	11-II-1.974	8 BTA.	20-III-1.974 NO. 16.421
3557	2-XI-1.977	8 BTA.	18-XI-1.977 NO. 51.638
1678	19-VI-1.978	8 BTA.	28-VI-1.978 NO. 59.116
2038	7-VII-1.978	8 BTA.	28-VII-1.978 NO. 60.124
1858	8-VI-1.979	8 BTA.	26-VII-1.979 NO. 73.091
1429	15-VI-1.981	8 BTA.	13-VII-1.981 NO.102.796
535	20-IV-1.982	32 BTA.	29-IV-1.982 NO.115.072
2622	17-VII-1.989	32 BTA.	25-VIII -1.989 NO.273.137
2283	5 -VII-1.990	32 BTA.	18-VII -1.990 NO.299.652
1860	30-V -1.991	32 BTA.	14- VI -1.991 NO.329.354
4089	18-XI -1.991	32 BTA.	29-XI -1.991 NO.347.500
1228	15-IV -1.993	32 BTA.	3-V -1.993 NO.404.040
4668	7-XII-1.993	32 BTA.	10-XII -1.993 NO.430.153
3554	24- X -1.995	32 STAFE BTA	26-X - 1.995 NO.513.826

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0004195 del 19 de diciembre de 1997 de la Notaría 32 de Bogotá D.C.	00615356 del 22 de diciembre de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0000993 del 14 de abril de 1998 de la Notaría 32 de Bogotá D.C.	00632525 del 6 de mayo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000984 del 30 de abril de 1999 de la Notaría 32 de Bogotá D.C.	00680484 del 18 de mayo de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0002024 del 31 de agosto de 2007 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01157332 del 12 de septiembre de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0000457 del 26 de marzo de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01200913 del 27 de marzo de 2008 del Libro IX

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

E. P. No. 0001041 del 26 de junio 01224921 del 2 de julio de
de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá 2008 del Libro IX
D.C.
E. P. No. 1830 del 2 de abril de 01288310 del 7 de abril de
2009 de la Notaría 6 de Bogotá 2009 del Libro IX
D.C.
E. P. No. 2701 del 23 de julio de 01752761 del 30 de julio de
2013 de la Notaría 6 de Bogotá 2013 del Libro IX
D.C.
E. P. No. 1014 del 31 de marzo de 01822711 del 2 de abril de
2014 de la Notaría 6 de Bogotá 2014 del Libro IX
D.C.
E. P. No. 1461 del 7 de mayo de 01833466 del 12 de mayo de
2014 de la Notaría 6 de Bogotá 2014 del Libro IX
D.C.
E. P. No. 4603 del 13 de noviembre 02038127 del 23 de noviembre
de 2015 de la Notaría 6 de Bogotá de 2015 del Libro IX
D.C.

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Por Documento Privado del 15 de mayo de 2014 de Representante Legal, inscrito el 16 de mayo de 2014 bajo el número 01835378 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- AXA S.A.

Domicilio: (Fuera Del País)

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.

Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial :
2014-04-01

**** Aclaración Situación de Control ****

Se aclara la Situación de Control y la Situación de Grupo Empresarial, inscrita el 16 de mayo de 2014, bajo el No. 01835378 del libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad matriz AXA SA ejerce control indirectamente a través de AXA MEDITERRANEAN HOLDINGS S.A. Sobre la sociedad de la referencia, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., AXA COLPATRIA CAPITALIZADORA S.A., COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., y grupo empresarial sobre la sociedad de la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

referencia, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., AXA COLPATRIA CAPITALIZADORA S.A., COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., AXA MEDITERRANEAN HOLDINGS S.A., OPERADORA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES S.A., FINANSEGURO S.A.S., NIXUS CAPITAL HUMANO S.A.S., INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA S.A.S., EMERMEDICA S.A. SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS EMERMEDICA ODONTOLOGICA S.A.S., y AMBULANCIAS GRANSALUD S.A.S.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

Actividad secundaria Código CIIU: 6512

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. SUCURSAL BOGOTA CORREDORES Y AGENCIAS.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.: 00327122
Fecha de matrícula: 29 de abril de 1988
Último año renovado: 2024
Categoría: Sucursal
Dirección: Cr 7 # 24 89 P 3
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 799 del 22 de septiembre de 2021, proferido por el Juzgado 22 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 22 de Noviembre de 2021 con el No. 00193473 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo No. 11001310302220210028800 de PROMOTORA CLINICA ZONA FRANCO DE URABA contra AXA COLPATRIA SEGUROS SA.

CERTIFICA :

Mediante Oficio No. DFRI-163-5685 del 08 de septiembre de 2023 de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación del Tolima, inscrito el 29 de septiembre de 2023 con el No. 00210055 del libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A BOGOTA SAN DIEGO
Matrícula No.: 00490616
Fecha de matrícula: 9 de marzo de 1992
Último año renovado: 2024
Categoría: Sucursal
Dirección: Cr 7 # 24 89 P3
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 799 del 22 de septiembre de 2021, proferido por el Juzgado 22 Civil del Circuito de Bogotá D.C, inscrito el 22 de Noviembre de 2021 con el No. 00193476 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo No. 11001310302220210028800 de PROMOTORA CLINICA ZONA FRANCO DE URABA contra AXA COLPATRIA SEGUROS SA.

CERTIFICA :

Mediante Oficio No. DFRI-163-5685 del 08 de septiembre de 2023 de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación del Tolima, inscrito el 29 de septiembre de 2023 con el No. 00210109 del libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A BOGOTA ZONA NORTE

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.: 03155585
Fecha de matrícula: 22 de agosto de 2019
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Tv 60 # 106 - 62 Lc 106 - 30
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 799 del 22 de septiembre de 2021, proferido por el Juzgado 22 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 22 de Noviembre de 2021 con el No. 00193484 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo No. 11001310302220210028800 de PROMOTORA CLINICA ZONA FRANCO DE URABA contra AXA COLPATRIA SEGUROS SA.

CERTIFICA :

Mediante Oficio No. DFRI-163-5685 del 08 de septiembre de 2023 de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación del Tolima, inscrito el 29 de septiembre de 2023 con el No. 00210938 del libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A BOGOTA 104
Matrícula No.: 03207873
Fecha de matrícula: 23 de enero de 2020
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Av 15 # 104 - 33
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 799 del 22 de septiembre de 2021, proferido por el Juzgado 22 Civil del Circuito de Bogotá D.C, inscrito el 22 de Noviembre de 2021 con el No. 00193474 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo No. 11001310302220210028800 de PROMOTORA CLINICA ZONA FRANCO DE URABA contra AXA COLPATRIA SEGUROS SA.

CERTIFICA :

Mediante Oficio No. DFRI-163-5685 del 08 de septiembre de 2023 de la Secretaría de Hacienda de la Gobernación del Tolima, inscrito el 29 de septiembre de 2023 con el No. 00210950 del libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 1.324.599.720.009

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 21 de noviembre de 2016. Fecha de envío de información a Planeación : 16 de mayo de 2024. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 25 de junio de 2024 Hora: 11:36:34

Recibo No. AB24065070

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B240650701A151

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



CONSTANZA PUENTES TRUJILLO