

JUZGADO NOVENO (9º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C., diecisiete (17) de febrero de dos mil Veintidós (2022)

Ref.: Verbal No. 11001310300920170050000

Demandante: Luz Ángela Pinzón Betancourt & Otros

Demandado: Médicos Asociados & Otros

En atención al informe secretarial que antecede, el Juzgado:

RESUELVE

Primero: Incorporar a los autos la documental¹ aportada por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., y ponerla en conocimiento de las partes, para los fines pertinentes.

Segundo: Reprogramar la audiencia señalada en audiencia que antecede, frustrada por diligencia del orden constitucional.

Para lo cual se señala la hora de las dos de la tarde (2:00p.m.) del día seis (6) de mayo de dos mil veintidós (2022) para que tenga lugar la continuación de la actuación procesal de que tratan los arts. 372 y 373 del CGP en esta actuación.

Oportunamente, se informará acerca de los medios que empleará el Despacho para llevar a cabo tal acto, el recinto judicial donde la misma podrá realizarse y las medidas de bioseguridad que serán exigidas al efecto.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
LUISA MYRIAM LIZARAZO RICAURTE**

Juez

LMGL

¹ Documento "21ExhibicionDocumental" – "23AportaDocumentales-ExpedienteSuscripción"

Firmado Por:

Luisa Myriam Lizarazo Ricaurte
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 009
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **a9f95025dda1ca274e2fee62bdaa716bfab50c1ad2af0808891e0439413780e0**

Documento generado en 18/02/2022 07:38:52 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

Memorial aporta carpeta exhibición documental / Tramite 2017-00500-00/ Seguros Generales Suramericana S.A. [KEN-Legal.FID43700293]

Daniela Bustacara <Daniela.Bustacara@kennedyslaw.com>

Mar 23/11/2021 8:05

Para: Juzgado 09 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j09cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Mauricio Carvajal <Mauricio.Carvajal@kennedyslaw.com>; Mauricio Carvajal G <mcg@carvajalvalekabogados.com>; asjulace01@gmail.com <asjulace01@gmail.com>; 'edgarvargas71@hotmail.com' <edgarvargas71@hotmail.com>; 'abogadosconsultores504@gmail.com' <abogadosconsultores504@gmail.com>; 'diasfelices123@hotmail.com' <diasfelices123@hotmail.com>; wmora@colsanitas.com <wmora@colsanitas.com>; medasocia@yahoo.com <medasocia@yahoo.com>; 'ncss@gmediasociados.com.co' <ncss@gmediasociados.com.co>

Honorable

JUZGADO 09 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E.S.D.

Expediente: 11001310300920170050000
Proceso: Verbal
Demandantes: Juan Fredy Patiño Reyes y otros
Demandados: Edgar Alcibiadez Vargas Vejarano y otros. Seguros Generales Suramericana S.A. llamada en garantía
Asunto: Exhibición documental

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.189.009 de Bogotá D.C. y Tarjeta Profesional No. 168.021 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, me permito enviar el memorial enunciado en la referencia.

En concordancia con el artículo 78 del CGP y los artículos 3 y 4 del Decreto 806 de 4 de junio de 2020, incluyo en copia en este correo a los demás sujetos procesales.

Del honorable despacho, con toda atención,

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA

C.C. No 80.189.009 de Bogotá

T.P. No 168.021 del C. S. de la J.

Daniela Bustacara
Legal Apprentice
for Kennedys

Kennedys

T +57 (601) 390 5888
www.kennedyslaw.com

COVID-19: As a firm we are closely following the advice from the World Health Organisation and local governments. Most of our people around the world are now working from home and have access to our systems as if they were in the office, but with widespread travel restrictions it is no longer feasible to accept hard copy letters or service of legal proceedings at our offices. We do now however accept service of all documents by email as long as you send them to

the email address of the Kennedys lawyer who is handling your matter, any attachment is less than 200Mb and you receive no out-of-office message or other system message signifying that the lawyer has not seen your email. During these challenging and difficult times Kennedys is committed to our people, our clients and all our families and friends.

This email has been scanned for viruses and malicious content by Kennedys email security service provided by Mimecast. For more information on email security, visit <http://www.mimecast.com>

Su ref. 73001310300620210022000

Nuestra
ref. 1058808

Kennedys

Honorable
JUZGADO 09 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Vía e-mail:
j09cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D

Kennedys Colombia S.A.S.
Av. Carrera 9 No. 115-06 Of. 2802.
Edificio Tierra Firme
Bogotá D.C.
Colombia

+57 1 390 5888

kennedyslaw.com

Mauricio.Carvajal@kennedyslaw.com

Expediente:	11001310300920170050000
Proceso:	Verbal
Demandantes:	Juan Fredy Patiño Reyes y otros
Demandados:	Edgar Alcibiadez Vargas Vejarano y otros. Seguros Generales Suramericana S.A. llamada en garantía
Asunto:	Exhibición documental

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.189.009 de Bogotá D.C. y Tarjeta Profesional No. 168.021 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, conforme al poder que reposa en el expediente, por medio del presente escrito **APORTO** los documentos de suscripción de la póliza de responsabilidad civil profesional para médicos No. 0170517-4 solicitados en audiencia celebrada el pasado 18 de noviembre de 2021.

I. OPORTUNIDAD

El pasado 18 de noviembre de 2021, se llevó a cabo audiencia en la cual se solicitó la exhibición de todos los documentos que integran la carpeta de suscripción de la póliza de responsabilidad civil profesional para médicos No. 0170517-4 emitida por mi representada.

Se estableció como plazo para aportar estos documentos al juzgado el día 23 de noviembre de 2021 antes de las 10: 00 a.m., hora de inicio de audiencia de continuación.

Estando dentro del término mediante este escrito me permito aportar los documentos correspondientes.

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

Kennedys Law LLP is a limited liability partnership registered in England and Wales (with registered number OC353214).

Kennedys offices, associations and cooperations: Argentina, Australia, Belgium, Bermuda, Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Denmark, Dominican Republic, England and Wales, France, Guatemala, Hong Kong, India, Ireland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Oman, Pakistan, Panama, Peru, Poland, Portugal, Puerto Rico, Russian Federation, Scotland, Singapore, Spain, Sweden, Thailand, United Arab Emirates, United States of America.

A list of Partners is available for inspection at our registered office at 25 Fenchurch Avenue, London EC3M 5AD. Kennedys Law LLP is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority. We use the word 'Partner' to refer to a member of Kennedys Law LLP, or an employee or consultant who is a lawyer with equivalent standing and qualifications.

II. SOLICITUD

Solicito, respetuosamente al despacho, se tenga por cumplido el requerimiento para la exhibición documental al ser por aportados los documentos de suscripción de la póliza que hoy vinculan a mi representada al proceso.

Del honorable juzgado, con toda atención,

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA
C.C. No 80.189.009 de Bogotá
T.P. No 168.021 del C. S. de la J.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
MÉDICOS

Certificado individual

suramericana



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN IBAGUE, 09 DE MAYO DE 2013			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 020184	OFICINA 2508	DOCUMENTO NÚMERO 12273167

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$156.231	TOTAL DEL RIESGO \$1.132.676
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:

RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO: 10% del valor de la pérdida,
mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% del
valor de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:CRA 5 # 31 - 72
IBAGUE

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN IBAGUE, 09 DE MAYO DE 2013		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312273167	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 2508	DOCUMENTO NÚMERO 12273167
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO		NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	365	\$976.444		\$156.231	\$1.132.676

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	1	\$400.000.000,00	\$0,00	\$400.000.000,00

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	2508	40173	05	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

FIRMA ASEGURADO

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039



RAMO: _____
PÓLIZA: _____
RECIBO: _____
RIESGO: _____

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
MEDICOS

Cuestionario

1- INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombre y apellidos: Edgar Alcibíades Vargas V.
1.2 Cédula / N.I.T.: 79579075
1.3 Domicilio: Condominio El Peñon 157-I

2- INFORMACION PROFESIONAL

- 2.1 Título Profesional: Pediatra - Médico Qx.
Otorgado por: U. Rosario Fecha: Feb. 2000
2.2 Número de cédula en la dirección general de profesiones: 79579075
2.3 Número del registro profesional para los médicos: 154196
Vigencia de la tarjeta profesional: _____
2.4 Especializaciones: Pediatría
2.5Cuál especialización ejerce actualmente: Pediatría
Años de experiencia en esta especialización: 13

RAMO: 13
Sucursal PÓLIZA: 12057
Ibague RECIBO: 122 73162
RIESGO: Ø

- 4.1 ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo describirlas : _____

- 4.2 ¿Tiene conocimientos de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo describirla (s): _____

- 4.3 ¿Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo indicar:

Compañía (s) de Seguro: SURAMERICANA
Vigencia (s): 06/01/2012 a 06/01/2013
Límite (s) asegurados: 400.000.000

- 4.4 Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna Compañía de Seguros? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo indicar circunstancias: _____

- 4.5 Límite (s) solicitado (s):

OPCION 1: _____
OPCION 2: _____
OPCION 3: _____

NOTA: al momento de suscribirse la póliza, el presente formulario debe hacer parte integrante de ésta.

En caso afirmativo favor indicar:

- Nombre (s) de la institución (es):

- Tipo de servicios: _____
- Función del solicitante: _____
- Relación entre el solicitante y la institución: _____

3.2 Ejerce su actividad profesional bajo relación laboral con una institución de salud o con alguna empresa o cualquier entidad pública o privada? Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor indicar:

3.2.1. Nombre y descripción del empleador:

Nueva Clínica San Sebastián de
Guixotlán

3.2.2. Ubicación del centro de trabajo:

Guixotlán - Cundina-mexca-

3.2.3. Descripción de las labores que desempeña el solicitante y sus funciones:

Médico Pediatra

3.2.4. Ejerce su actividad profesional en otros sitios (por ejemplo su propio consultorio, otra clínica / hospital etc) Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor describir brevemente: _____

3- ACTIVIDAD PROFESIONAL

- 3.1 Ejerce su profesión en forma privada, sin relación laboral con una institución de salud ó cualquier empresa sea ésta particular o pública? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor indicar:

3.1.1 Ubicación del consultorio: _____

3.1.2 Número y especialización médica / paramédica de los empleados:

3.1.3 Posee alguno (mencione cuántos) de los siguientes equipos:

- ☐ Equipos de radiología con fines de diagnóstico
- ☐ Equipos de rayos X para terapéutica
- ☐ Equipos de tomografías por ordenador (Scanner)
- ☐ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica
- ☐ Equipos de generación de rayos láser
- ☐ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias

3.1.4. Existe la posibilidad de alojar a los pacientes durante un tratamiento:

Si ☐ No ☐

El tratamiento de pacientes es sólo ambulatorio?

Si ☐ No ☐

Existen otros riesgos, tales como laboratorios independientes, farmacias etc?

Si ☐ No ☐

3.1.5. Ejerce la actividad profesional exclusivamente en el consultorio indicado anteriormente

Si ☐ No ☐

Ejerce su actividad profesional en otras instituciones de salud o empresas?

Si ☐ No ☐



61805605 29-Abril/2013 *[Signature]*

LUGAR Y FECHA

FIRMA

Memorial aporta documentales expediente de suscripción/ Tramite 2017-00500-00/ Seguros Generales Suramericana S.A [KEN-Legal.FID43700293]

Daniela Bustacara <Daniela.Bustacara@kennedyslaw.com>

Mié 1/12/2021 16:23

Para: Juzgado 09 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j09cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Mauricio Carvajal <Mauricio.Carvajal@kennedyslaw.com>; Mauricio Carvajal G <mcg@carvajalvalekabogados.com>; asjulace01@gmail.com <asjulace01@gmail.com>; 'edgarvargas71@hotmail.com' <edgarvargas71@hotmail.com>; 'abogadosconsultores504@gmail.com' <abogadosconsultores504@gmail.com>; 'diasfelices123@hotmail.com' <diasfelices123@hotmail.com>; wmora@colsanitas.com <wmora@colsanitas.com>; medasocia@yahoo.com <medasocia@yahoo.com>; 'ncss@gmediasociados.com.co' <ncss@gmediasociados.com.co>

Señor(a)

JUEZ 09 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E.S.D.

Expediente: 11001310300920170050000
Proceso: Verbal
Demandantes: Juan Fredy Patiño Reyes y otros
Demandados: Edgar Alcibiadez Vargas Vejarano y otros. Seguros Generales Suramericana S.A. llamada en garantía
Asunto: Exhibición documental- Expediente de suscripción

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.189.009 de Bogotá D.C. y Tarjeta Profesional No. 168.021 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, me permito enviar el memorial enunciado en la referencia.

En concordancia con el artículo 78 del CGP y los artículos 3 y 4 del Decreto 806 de 4 de junio de 2020, incluyo en copia en este correo a los demás sujetos procesales.

Del despacho, con toda atención,

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA

C.C. No 80.189.009 de Bogotá

T.P. No 168.021 del C. S. de la J.

Daniela Bustacara
Legal Apprentice
for Kennedys

Kennedys

T +57 (601) 390 5888
www.kennedyslaw.com

COVID-19: As a firm we are closely following the advice from the World Health Organisation and local governments. Most of our people around the world are now working from home and have access to our systems as if they were in the office, but with widespread travel restrictions it is no longer feasible to accept hard copy letters or service of legal

proceedings at our offices. We do now however accept service of all documents by email as long as you send them to the email address of the Kennedys lawyer who is handling your matter, any attachment is less than 200Mb and you receive no out-of-office message or other system message signifying that the lawyer has not seen your email. During these challenging and difficult times Kennedys is committed to our people, our clients and all our families and friends.

This email has been scanned for viruses and malicious content by Kennedys email security service provided by Mimecast. For more information on email security, visit <http://www.mimecast.com>

Su ref. 73001310300620210022000

Nuestra ref. 1058808

Kennedys

Señora
JUEZ 09 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Vía e-mail:
j09cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D

Kennedys Colombia S.A.S.
Av. Carrera 9 No. 115-06 Of. 2802.
Edificio Tierra Firme
Bogotá D.C.
Colombia

+57 1 390 5888

kennedyslaw.com

Mauricio.Carvajal@kennedyslaw.com

Expediente: 11001310300920170050000
Proceso: Verbal
Demandantes: Juan Fredy Patiño Reyes y otros
Demandados: Edgar Alcibiadez Vargas Vejarano y otros. Seguros Generales Suramericana S.A. llamada en garantía
Asunto: Exhibición documental- Expediente de suscripción

MAURICIO CARVAJAL GARCÍA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.189.009 de Bogotá D.C. y Tarjeta Profesional No. 168.021 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, conforme al poder que reposa en el expediente, por medio del presente escrito **APORTO** los documentos de la suscripción de la póliza de responsabilidad civil profesional para médicos No. 0170517-4 solicitados en audiencia celebrada el pasado 18 de noviembre de 2021.

I. OPORTUNIDAD

El pasado 18 de noviembre de 2021, se llevó a cabo audiencia en la cual se solicitó la exhibición de todos los documentos que integran la carpeta de suscripción de la póliza de responsabilidad civil profesional para médicos No. 0170517-4 emitida por mi representada.

Se estableció como plazo para aportar estos documentos al juzgado hasta antes de la práctica de los interrogatorios decretados.

Estando dentro del término mediante este escrito me permito aportar los documentos correspondientes.

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

Kennedys Law LLP is a limited liability partnership registered in England and Wales (with registered number OC353214).

Kennedys offices, associations and cooperations: Argentina, Australia, Belgium, Bermuda, Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Denmark, Dominican Republic, England and Wales, France, Guatemala, Hong Kong, India, Ireland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Oman, Pakistan, Panama, Peru, Poland, Portugal, Puerto Rico, Russian Federation, Scotland, Singapore, Spain, Sweden, Thailand, United Arab Emirates, United States of America.

A list of Partners is available for inspection at our registered office at 25 Fenchurch Avenue, London EC3M 5AD. Kennedys Law LLP is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority. We use the word 'Partner' to refer to a member of Kennedys Law LLP, or an employee or consultant who is a lawyer with equivalent standing and qualifications.

II. DOCUMENTACIÓN

Se aportan los siguientes documentos:

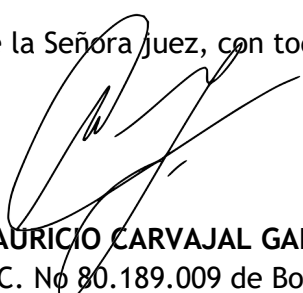
- 2.1 Confirmación del contenido de la solicitud electrónica de seguro firmada.
- 2.2 Declaración de asegurabilidad.
- 2.3 Cotización Seguro de responsabilidad civil profesional para médicos
- 2.4 Cuestionario al asegurado con fecha del 27 de abril de 2011
- 2.5 Cuestionario al asegurado con fecha del 29 de abril de 2013
- 2.6 Declaración de asegurabilidad con fecha del 27 de abril de 2018
- 2.7 Solicitud incremento valor asegurado con fecha del 27 de abril de 2018
- 2.8 Caratula vigencia 29 abril 2011 a 29 de abril 2012
- 2.9 Aviso de vencimiento vigencia 29 abril 2011 a 29 de abril 2012
- 2.10 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2011 a 29 de abril 2012
- 2.11 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2012 a 29 de abril 2013
- 2.12 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2013 a 29 de abril 2014
- 2.13 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2014 a 29 de abril 2015
- 2.14 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2015 a 29 de abril 2016
- 2.15 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2016 a 29 de abril 2017
- 2.16 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2017 a 29 de abril 2018
- 2.17 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2018 a 29 de abril 2019
- 2.18 Documento de modificación valorable con aumento de la prima de la póliza vigencia 29 abril 2018 a 29 de abril 2019
- 2.19 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2019 a 29 de abril 2020
- 2.20 Documento de modificación valorable con disminución de la prima de la póliza vigencia 29 abril 2019 a 29 de abril 2020

- 2.21 Documento de modificación valorable legalizada de la póliza vigencia 29 abril 2019 a 29 de abril 2020
- 2.22 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2020 a 29 de abril 2021
- 2.23 Documento de renovación de la póliza vigencia 29 abril 2021 a 29 de abril 2022

III. SOLICITUD

Solicito respetuosamente al despacho, se tenga por cumplido el requerimiento para la exhibición documental al ser por aportados los documentos de suscripción de la póliza que hoy vinculan a mi representada al proceso.

De la Señora Juez, con toda atención,



MAURICIO CARVAJAL GARCÍA
C.C. No 80.189.009 de Bogotá
T.P. No 168.021 del C. S. de la J.

FECHA DE VENCIMIENTO 29 DE ABRIL DE 2012	PÓLIZA NÚMERO 0170517-4	RIESGO NÚMERO 1
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	
EJECUTIVO SANDRA MARIA ESCOBAR CASTRO	CÓDIGO 2641	
OFICINA / CANAL AGENCIA REPRESENTANTE GIRARDOT	CÓDIGO 2641	

TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO	CEDULA 79579075
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO	CEDULA 79579075
BENEFICIARIO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO	CEDULA
DIRECCIÓN DE COBRO CONDominio EL PEÑON SECTOR I CASA 157	CIUDAD GIRARDOT
	TELÉFONO 8337134

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO SN CLINICA SAN SEBASTIAN PISO	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	TELÉFONO 8337134	No. EMPLEADOS 0	LÍMITE EVENTO 0
DESCRIPCIÓN RIESGO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITAL	ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS Y SIMILARES			

AMPAROS / ARTÍCULOS	VALOR ASEGURADO ACTUAL	I. V. (%)	TASA (%0.)	VALOR A ASEGURADO NUEVO	I.V. (%)	TASA (%0.)
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	1,41			
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	0	2,30			

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	S.A.	AGENCIAS

ESTE DOCUMENTO NO IMPLICA RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA HASTA QUE SUS FUNCIONARIOS LO HAYAN RECIBIDO DEBIDAMENTE FIRMADO Y HAYAN ACEPTADO LAS MODIFICACIONES PROPUESTAS. RECUERDE QUE LA COMPAÑÍA -SEGÚN CLÁUSULA DE PAGO DE PRIMA- SOLAMENTE ASUMIRÁ LOS RIESGOS A LA HORA 24:00 DEL DÍA DE VENCIMIENTO SIEMPRE Y CUANDO DICHO PAGO SE HAYA REALIZADO ANTES DE ESTA FECHA.

FAVOR ACTUALIZARLOS SU DIRECCIÓN (DOMICILIO)

FIRMA DEL ASEGURADO CÉDULA O NIT FIRMA DEL EJECUTIVO FECHA DE AUTORIZACIÓN



.....
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

INDICE

SECCION I	
COBERTURA	3
SECCION II	
EXCLUSIONES.	3
1. Exclusiones propias del riesgo de responsabilidad civil profesional.	5
2. Salvo estipulación en contrario, no están cubiertos los siniestros generados por o resultantes de:	5
SECCION III	
CONDICIONES GENERALES.	6
3. Definiciones.....	6
4. Declaraciones reticentes o inexactas.....	6
5. Conservación del estado del riesgo	6
6. Obligaciones del asegurado en caso de siniestro.	6
7. Procedimiento del asegurado y/o tercero damnificado en caso de siniestro	7
8. Pérdida del derecho a la indemnización.	7
9. Pago de la prima y terminación automática del contrato	7
10. Pago de siniestros	7
11. Revocación del seguro	7
12. Delimitación temporal	7
13. Domicilio	7
SECCION IV	
AMPAROS OPCIONALES.....	8
1. Responsabilidad civil patronal.....	8
1.1 Cobertura	8
1.2. Exclusiones	8
1.3. Definiciones.....	8
2 Riesgos especiales.	8
3. Nulidad.....	8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de Identificación Interna	Ramo al cual pertenece	Documento de la Proforma
Formato	01/06/2009	13 -18	P	06	F-01-13-039

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

.....

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., que en lo sucesivo se denominará SURAMERICANA, Compañía de Seguros con domicilio en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos; y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al **ASEGURADO** los amparos que se estipulan en la Sección I Coberturas, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales y particulares contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION I COBERTURA

CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA POLIZA, SURAMERICANA INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO COMO RESULTADO DE LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DE SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS DIRECTAMENTE POR EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA LEGALMENTE HABILITADA PARA EJERCERSE Y ESPECIFICADA EN LA CARATULA Y CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA.

LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

- | | |
|---|---|
| 1. ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O MEDICO AUXILIAR AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO. | ASEGURADO Y CUENTEN CON LA LICENCIA RESPECTIVA O SE TRATE DE DROGAS O MEDICAMENTOS REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE (EN ESTE CASO QUEDA EXCLUIDA LA RC PRODUCTOS DEL FABRICANTE). |
| 2. DERIVADA DE LA POSESION Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, EN CUANTO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE NO SE ENCUENTREN COMPRENDIDOS EN EL AMPARO ADICIONAL DE RIESGOS ESPECIALES DE ESTA POLIZA. | 4. DERIVADA DE LA SUSTITUCION PROVISIONAL QUE DEL ASEGURADO EFECTUARE OTRO MEDICO QUE EJERZA LA MISMA ESPECIALIDAD QUE LA DEL ASEGURADO Y QUE HAYA SEGUIDO LAS INDICACIONES Y/O RECOMENDACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO, SIN INCLUIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROPIA DEL MEDICO SUSTITUYENTE. |
| 3. POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE A CONSECUENCIA DE: | 5. EN MATERIA EXTRA CONTRACTUAL POR DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE, DERIVADOS DE LA POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DEL CONSULTORIO(S) QUE FIGURA RELACIONADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA Y EN EL CUAL EL ASEGURADO DESARROLLA Y REALIZA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA. |
| 3.1 SUMINISTRO DE MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES A LOS PACIENTES ATENDIDOS; | |
| 3.2 SUMINISTRO DE DROGAS Y MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO:
LAS DROGAS O LOS MEDICAMENTOS HAYAN SIDO ELABORADOS BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DEL | |

SECCION II EXCLUSIONES

- | | |
|---|--|
| 1. EN NINGUN CASO ESTAN CUBIERTOS LOS SINIESTROS GENERADOS POR O RESULTANTES DE: | CONTRATO EXCEPTO AQUELLAS AMPARADAS POR LA POLIZA. ASI COMO DE PACTOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO TAMBIEN RESPONSABILIDADES AJENAS, EN LAS QUE EL ASEGURADO, POR CONVENIO O CONTRATO, SE COMPROMETA A LA SUSTITUCION DEL RESPONSABLE ORIGINAL. |
| 1.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO. | |
| 1.2 LESIONES A LAS PERSONAS O DAÑOS A LOS BIENES DEL CONYUGE DEL ASEGURADO O DE SUS PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO CIVIL DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O UNICO CIVIL. | 1.5 ACTOS MAL INTENCIONADOS OCASIONADOS POR CUALQUIER PERSONA O GRUPO DE PERSONAS |
| 1.3 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES DE TIERRA, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, CUANDO ESTOS CONSTITUYAN CAUSA EXTRAÑA. | 1.6 DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACION PAULATINA DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO O BIEN POR RUIDOS, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO, REPENTINO E IMPREVISTO. |
| 1.4 EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE UN | 1.7 LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE OCASIONADAS A TERCEROS POR UNA INFECCION O ENFERMEDAD PADECIDA |

POR EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES, ASI COMO LOS DAÑOS DE CUALQUIER NATURALEZA CAUSADOS POR ENFERMEDAD DE ANIMALES PERTENECIENTES AL ASEGURADO O SUMINISTRADOS POR EL MISMO O POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LEGALMENTE.

- 1.8 MULTAS O SANCIONES, PENALES O ADMINISTRATIVAS.
- 1.9 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE A CAUSA DE LA INOBSERVANCIA O LA VIOLACION DELIBERADA DE UNA OBLIGACION DETERMINADA IMPUESTA POR REGLAMENTOS O POR INSTRUCCIONES EMITIDAS POR CUALQUIER AUTORIDAD, ASI COMO LA VIOLACION DE ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
- 1.10 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE, EN CONSECUENCIA DE O AGRAVADOS POR LA EXTRACCION, PROCESAMIENTO, FABRICACION, DISTRIBUCION, ALMACENAMIENTO Y USO DE ASBESTO Y/O AMIANTO O DE PRODUCTOS FABRICADOS O ELABORADOS ENTERA O PRINCIPALMENTE DE DICHAS SUSTANCIAS.
- 1.11 PERJUICIOS PATRIMONIALES PUROS, ES DECIR, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO MATERIAL, LESION PERSONAL Y/O MUERTE.
- 1.12 ENFERMEDAD PROFESIONAL.
- 1.13 LESIONES PERSONALES, MUERTE Y/O DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS POR LA ACCION LENTA O CONTINUADA DE: TEMPERATURAS, GASES, VAPORES, HUMEDAD, SEDIMENTACION O DESECHOS (HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS), HUNDIMIENTO DE TERRENO O CORRIMIENTO DE TIERRA, VIBRACIONES.
- 1.14 DAÑOS OCASIONADOS A O POR AERONAVES O EMBARCACIONES
- 1.15 DAÑOS A O DESAPARICION O HURTO OCASIONADOS A LOS BIENES OBJETO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS O SERVICIOS PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION, ACTIVIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL O EMPRESARIAL.
- 1.16 DAÑOS A O DESAPARICION O HURTO DE BIENES AJENOS QUE EL ASEGURADO TENGA BAJO SU CONTROL, CUIDADO O CUSTODIA.
- 1.17 RESPONSABILIDAD POR RECLAMACIONES DE CARACTER PENAL.
- 1.18 DAÑOS PUNITIVOS (PUNITIVE DAMAGES), DAÑOS POR VENGANZA (VINDICTIVE DAMAGES), DAÑOS EJEMPLARES (EXEMPLARY DAMAGES) U OTROS DE LA MISMA NATURALEZA.
- 1.19 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME TRANSMISIBLE Y/O BOVINA O ENFERMEDAD DE CREUTZFELD - JACOB (CJD), COMUNMENTE CONOCIDA COMO «ENFERMEDAD DE LAS VACAS LOCAS».
- 1.20 DAÑOS A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE REACCION NUCLEAR, RADIACION NUCLEAR, EXPLOSION NUCLEAR O CONTAMINACION RADIATIVA.
- 1.21 PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, QUE SEAN RESULTANTES DE, SUCEDAN POR, COMO CONSECUENCIA DE O EN CONEXION CON ALGUNO DE LOS EVENTOS MENCIONADOS A CONTINUACION SIN IMPORTAR

QUE CUALQUIER OTRA CAUSA HAYA CONTRIBUIDO PARALELAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A LOS DAÑOS, LESIONES Y/O MUERTE: GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS (HAYA O NO DECLARACION DE GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, PODER MILITAR O USURPADO, ASONADA, CONMOCION CIVIL O POPULAR DE CUALQUIER CLASE, HUELGA, CONFLICTO COLECTIVO DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES, MOTIN, DAÑO MALICIOSO, VANDALISMO O TERRORISMO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA EXCLUSION, POR TERRORISMO SE ENTENDERA TODO ACTO O AMENAZA DE VIOLENCIA, O TODO ACTO PERJUDICIAL PARA LA VIDA HUMANA, LOS BIENES TANGIBLES E INTANGIBLES O LA INFRAESTRUCTURA, QUE SEA HECHO CON LA INTENCION O CON EL EFECTO DE INFLUENCIAR CUALQUIER GOBIERNO O DE ATEMORIZAR EL PUBLICO EN TODO O EN PARTE.

IGUALMENTE SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE HAYAN SIDO CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, QUE SEAN EL RESULTADO DE O QUE TENGAN CONEXION CON CUALQUIER MEDIDA TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O QUE ESTEN EN CUALQUIER FORMA RELACIONADOS CON LOS EVENTOS MENCIONADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR.

EN EL CASO DE QUE CUALQUIER PARTE DE ESTA EXCLUSION SEA DECLARADA INVALIDA O INEJECUTABLE, LA PARTE RESTANTE PERMANECERA EN VIGOR Y PODRA SER EJECUTADA.

- 1.22 DAÑOS GENETICOS A PERSONAS O ANIMALES. EXCLUSION DE ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS (OGM): QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACION RELACIONADA CON, O DERIVADA DE LA MANIPULACION DE, UN OGM, O UN PRODUCTO DE OGM O UNA PARTE DE UN PRODUCTO INTEGRADA POR UN OGM. PARA LOS FINES DE ESTA EXCLUSION, EL TERMINO ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS (OGM) SIGNIFICA E INCLUYE:

LOS ORGANISMOS O MICROORGANISMOS, O LAS CELULAS O LOS ORGANULOS CELULARES, O TODA UNIDAD BIOLOGICA O MOLECULAR CON POTENCIAL DE AUTORREPLICACION DE LOS QUE SE HAYAN OBTENIDO ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS, QUE HAYAN SIDO SOMETIDOS A UN PROCESO DE INGENIERIA GENETICA QUE TUVO COMO RESULTADO SU CAMBIO GENETICO.

- 1.23 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE, COSTOS O GASTOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA, INHALACION O EXPOSICION A CUALQUIER TIPO DE «FUNGOSIDAD» Y/O «ESPORA».

PARA LOS FINES DE ESTA EXCLUSION SE APLICAN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

«FUNGOSIDAD» INCLUYE PERO NO SE LIMITA A, TODO TIPO DE MOHO, MILDEU, HONGO, LEVADURA O BIOCONTAMINANTE.

«ESPORA» INCLUYE PERO NO SE LIMITA A, TODA SUSTANCIA PRODUCIDA POR, DERIVADA DE U ORIGINADA POR CUALQUIER «FUNGOSIDAD».

- 1.24 EXCLUSION DE LOS RIESGOS DE TECNOLOGIA INFORMATICA: SE EXCLUYEN SINIESTROS QUE HAYAN SIDO OCASIONADOS

DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR:

LA PERDIDA, MODIFICACION, DAÑOS O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE UN SISTEMA INFORMATICO, HARDWARE, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, ALMACENAMIENTO DE INFORMACION, MICROSHIP, CIRCUITO INTEGRADO O UN DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS Y NO INFORMATICOS, SALVO EL DAÑO EMERGENTE QUE SURJA A RAIZ DE DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS POR UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES RIESGOS:

INCENDIO, EXPLOSION O CAIDA DE OBJETOS.

- 1.25 HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO
- 1.26 DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON DIOXINAS, CLOROFENOLES O CUALQUIER PRODUCTO QUE LOS CONTENGA.
- 1.27 DAÑOS ECOLOGICOS.

EXCLUSIONES PROPIAS DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

- 1.28 DAÑOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O TRATAMIENTOS ESTETICOS, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA EN CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANOMALIAS CONGENITAS. EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION.
- 1.29 DAÑOS DERIVADOS DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICOS PROPORCIONADOS BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, INTOXICANTES, ESTUPEFACIENTES O NARCOTICOS.
- 1.30 LESIONES Y/O MUERTE OCASIONADAS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE:
 - RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES CUBIERTOS POR LA POLIZA.
 - INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
- 1.31 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO TALES DAÑOS OCURREN COMO CONSECUENCIA DEL DESEMPEÑO DE SUS LABORES COMO EMPLEADO (GASTOS MEDICOS EN QUE INCURRE EL PROPIO ASEGURADO)
- 1.32 DAÑOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE UNA INFECCION CON EL VIRUS TIPO HIV (SIDA) O RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON HEPATITIS C.
- 1.33 DAÑOS DERIVADOS DE LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION, AL IGUAL QUE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACION DE ESTOS SERVICIOS. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION NECESARIA Y PATOLOGICAMENTE INDICADA.

- 1.34 TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CUASADO POR EL TRATAMIENTO NECESARIO A UN PACIENTE.
 - 1.35 RECLAMACIONES QUE TENGAN POR OBJETO LA OBTENCION DEL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.
 - 1.36 RECLAMACIONES POR, LESIONES CAUSADAS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTE PROCEDIMIENTO NO FUE LLEVADO A CABO POR UN ESPECIALISTA EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.
 - 1.37 DAÑOS QUE OCURRAN POR PRODUCTOS, MAQUINAS Y EQUIPOS PARA PRODUCIR LOS PRODUCTOS, TRABAJOS O SERVICIOS EN FASE EXPERIMENTAL O NO SUFICIENTEMENTE EXPERIMENTADOS SEGUN LAS REGLAS CONOCIDAS DE LA TECNICA QUE FUESEN DE APLICACION EN TALES SUPUESTOS O POR REALIZAR LA PRODUCCION, LA ENTREGA O LA EJECUCION DESVIANDOSE EL ASEGURADO, A SABIENDAS, DE LAS REGLAS DE LA TECNICA
 - 1.38 DAÑOS, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE DERIVADOS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO SON LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER SU PROFESION Y QUE NO GOCEN DE LA AUTORIZACION RESPECTIVA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
 - 1.39 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y/O NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTIA DE LA INDEMNIZACION.
- 2. SALVO ESTIPULACION EN CONTRARIO, NO ESTAN CUBIERTOS LOS SINIESTROS GENERADOS POR O RESULTANTES DE:**
- 2.1 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
 - 2.2 CUALQUIER INDEMNIZACION QUE TENGA QUE PAGAR EL ASEGURADO DE ACUERDO AL ARTICULO 216 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO U OTRAS NORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL QUE LA MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN.
 - 2.3 RECLAMACIONES POR DAÑOS OCASIONADOS A TERCEROS DURANTE LA VIDA PRIVADA O FAMILIAR.
 - 2.4 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL PROPIA DE CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES AL SERVICIO DEL ASEGURADO O VINCULADOS A ESTE EN VIRTUD DE CONTRATOS O CONVENIOS.
 - 2.5 DAÑOS A CONDUCCIONES SUBTERRANEAS DE AGUA, ENERGIA, GAS, COMBUSTIBLE, ALCANTARILLADO, TELEFONO O A OTRO TIPO DE CONDUCCION.
 - 2.6 DAÑOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE A CONSECUENCIA DEL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS.
 - 2.7 DAÑOS A CONSECUENCIA DEL HURTO O DEL HURTO CALIFICADO DE VEHICULOS, ACCESORIOS O BIENES DEJADOS DENTRO DE ESTOS.

SECCION III

CONDICIONES GENERALES

1. GASTOS DE DEFENSA

Siempre y cuando no se configure una exclusión de las contenidas en las condiciones generales o particulares de esta póliza, SURAMERICANA responderá por los gastos de defensa entendiendo como tales los honorarios, costas y expensas razonables y necesarios en los que con el previo consentimiento escrito de SURAMERICANA se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado contra el ASEGURADO, fuere esta fundada o infundada.

2. LIMITES MAXIMOS DE INDEMNIZACION

- 2.1 La responsabilidad de SURAMERICANA de indemnizar los perjuicios derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado, como consecuencia directa de daños materiales, lesiones personales y/o muerte, cuya causa sea un mismo siniestro no podrá exceder el límite fijado en la carátula y en las condiciones particulares de esta póliza como «Límite por Evento».
- 2.2 La máxima responsabilidad de SURAMERICANA de indemnizar dichos perjuicios causados por todos los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza no podrá exceder el límite fijado en las condiciones particulares de la póliza como «Límite por Vigencia.»
- 2.3 Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona, por unidad asegurada o por siniestro cuya cobertura es objeto de la cláusula o amparo adicional, tal sublímite será parte de y no en adición al límite de la cobertura.
- 2.4 El pago de cualquier indemnización por parte de SURAMERICANA reducirá en el monto pagado, el límite de responsabilidad de ésta bajo la póliza.

3. DEFINICIONES

- 3.1 **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que figura en la póliza como tal.
Corresponde al ASEGURADO cumplir las obligaciones propias que se deriven del contrato de seguro y la ley.
- 3.2 **Siniestro:** Es todo hecho externo, acaecido en forma accidental, súbita, repentina, e imprevista que haya causado un daño material, lesión personal y/o muerte que pueda dar origen a una reclamación de responsabilidad civil amparada por esta póliza, ocurrido durante la vigencia de la póliza y reclamado al ASEGURADO o a SURAMERICANA judicial o extrajudicialmente, durante la vigencia de la póliza o dentro de un plazo máximo de cinco (5) años después de finalizada la vigencia
Constituyen un sólo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.
- 3.3 **Deducible:** Es la suma fija o porcentaje que se deduce del monto de cada pérdida indemnizable sufrida por el asegurado, incluyendo los gastos de defensa y que siempre queda a cargo del ASEGURADO.

3.4 **Vigencia:** Es el período comprendido entre las fechas de iniciación y terminación de la protección que brinda este seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula y condiciones particulares de la póliza.

3.5 **Perjuicios:** Se entenderán perjuicios tanto patrimoniales como extrapatrimoniales.

4. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

EL TOMADOR está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por SURAMERICANA.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SURAMERICANA, le hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo, pero SURAMERICANA sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en la póliza represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

5. CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO

EL ASEGURADO o el TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a SURAMERICANA cualquier modificación en el riesgo asegurado, con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de tal modificación, si ésta depende de su arbitrio; si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquél en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación del riesgo SURAMERICANA podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del ASEGURADO o del TOMADOR dará derecho a SURAMERICANA a retener la prima no devengada.

6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

- 6.1 Emplear toda la diligencia y cuidado en caso de siniestro para evitar su extensión y propagación. Igualmente se obliga a atender las instrucciones e indicaciones que SURAMERICANA le dé, en relación con esos mismos cuidados.
- 6.2 Informar a SURAMERICANA dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de su conocimiento toda reclamación judicial o extrajudicial de terceros damnificados o de sus causahabientes. Tratándose de una reclamación judicial, el asegurado tendrá la obligación de contestar la demanda

que le promuevan en cualquier proceso civil y que pudiere ser causa de indemnización conforme a la presente póliza, obligándose a llamar en garantía a SURAMERICANA, a efectos de que intervenga en el proceso, con sujeción a los términos de esta póliza. En cumplimiento de esta obligación, el ASEGURADO no podrá en momento alguno, sin previo consentimiento de SURAMERICANA, allanarse a las pretensiones de la demanda.

6.3 En caso de que el tercero damnificado le exija directamente a SURAMERICANA una indemnización por los daños ocasionados por el ASEGURADO, el ASEGURADO deberá proporcionar toda la información y pruebas que SURAMERICANA solicite con relación a la ocurrencia y la cuantía del hecho que motiva la acción del tercero perjudicado.

6.4 Si el ASEGURADO por culpa o negligencia suya, incumpliere las obligaciones que le corresponden en caso de siniestro, SURAMERICANA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

Parágrafo

El ASEGURADO está obligado a informar a SURAMERICANA, al dar noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia dolosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

7. PROCEDIMIENTO DEL ASEGURADO Y/O TERCERO DAMNIFICADO EN CASO DE SINIESTRO

7.1 Proporcionarle a SURAMERICANA la siguiente información:

7.1.1 Informe escrito en el cual consten las circunstancias de modo, tiempo y lugar en el que ocurrió el hecho lesivo.

7.1.2 La muerte y la calidad de causahabiente se probará con copia del certificado de Registro Civil, o con las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.

7.1.3 Las certificaciones de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, expedidas por cualquier entidad médica, asistencial, u hospitalaria debidamente autorizadas para funcionar.

7.1.4 Anexar la denuncia ante la autoridad competente, si es pertinente.

7.1.5 Proporcionar toda la información y pruebas que SURAMERICANA solicite con relación al siniestro.

Parágrafo

Si en los anteriores comprobantes no se acreditan la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el damnificado deberá aportar las pruebas que conforme con la ley sean procedentes e idóneas para demostrar dicha ocurrencia y cuantía.

7.2 Si por su culpa o negligencia, incumpliere las obligaciones que le corresponden en caso de siniestro, SURAMERICANA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

7.3 Sin autorización escrita de SURAMERICANA, el ASEGURADO no podrá incurrir en gasto alguno, ni hacer pagos, ni

celebrar arreglos o transacciones con la víctima del daño o sus causahabientes, ni reconocer ante ellos su propia responsabilidad.

8. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

El ASEGURADO o el tercero damnificado quedarán privados de todo derecho derivado de la presente póliza en caso de que la reclamación presentada fuese de cualquier manera fraudulenta.

9. PAGO DE LA PRIMA Y TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO

Cuando el pago de la prima no se efectúe a la entrega de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, el contrato de seguro terminará automáticamente si tal pago no se hace dentro de los 45 días comunes siguientes a la iniciación de su respectiva vigencia.

10. PAGO DE SINIESTROS

SURAMERICANA pagará la indemnización cuando se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida al tenor de lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio u otras normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. Si con las pruebas aportadas no fuese posible establecer en forma extraprocesal tanto la ocurrencia del siniestro como su cuantía, SURAMERICANA podrá exigir, si lo estima conveniente, la sentencia judicial ejecutoriada en la cual se defina la responsabilidad del ASEGURADO y se establezca el monto de los perjuicios.

11. REVOCACION DEL SEGURO

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por SURAMERICANA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito a SURAMERICANA.

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponda al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa del seguro a corto plazo.

12. DELIMITACION TEMPORAL

Quedan amparados los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados en un plazo máximo de 5 años luego de finalizada la vigencia.

13. DOMICILIO

Salvo lo estipulado por las normas procesales, el domicilio de las partes será Medellín, República de Colombia.

SECCION IV

AMPAROS OPCIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, EL ASEGURADO QUEDA CUBIERTO POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES AMPAROS QUE SE CONTRATEN EXPRESA Y ESPECIFICAMENTE Y QUE SE ENCUENTREN CONSIGNADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA POLIZA.

QUEDA ENTENDIDO QUE LAS DEMAS CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DE ESTA POLIZA NO MODIFICADAS POR «LOS AMPAROS ADICIONALES» CONTRATADOS, CONTINUAN EN VIGOR

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

1.1 COBERTURA

POR EL PRESENTE AMPARO Y NO OBSTANTE LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SURAMERICANA INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS QUE TENGA QUE PAGAR EL ASEGURADO EN RAZON DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE POR LOS ACCIDENTES DE TRABAJO QUE SUFRAN LOS EMPLEADOS A SU SERVICIO EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ASIGNADAS A ELLOS.

EL PRESENTE AMPARO OPERARA EN EXCESO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES DEL CODIGO LABORAL O DEL REGIMEN PROPIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Y/O CUALQUIER OTRO SEGURO OBLIGATORIO QUE HAYA SIDO CONTRATADO O DEBIDO CONTRATAR PARA EL MISMO FIN.

1.2. EXCLUSIONES

QUEDAN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO LAS SIGUIENTES RECLAMACIONES:

1. RELACIONADAS CON ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDEMICAS O EPIDEMICAS.
2. POR DAÑOS O LESIONES DE COMPRESION REPETIDA Y/O DE SOBRESFUERZOS.
3. POR ACCIDENTES DE TRABAJO QUE HAYAN SIDO PROVOCADOS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL EMPLEADO.
4. POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE TIPO LABORAL, YA SEAN CONTRACTUALES, CONVENCIONALES O LEGALES .
5. POR DAÑOS MATERIALES A BIENES PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES.

1.3. DEFINICIONES

- 1.3.1 Se entiende por «accidente de trabajo» todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado y que le produzca la muerte, una lesión orgánica o perturbación funcional.
- 1.3.2. Se entiende por «empleado» toda persona que mediante contrato de trabajo preste al ASEGURADO un servicio personal, remunerado y bajo su permanente dependencia o subordinación.

2 RIESGOS ESPECIALES

POR EL PRESENTE AMPARO Y NO OBSTANTE LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA SURAMERICANA INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS QUE TENGA QUE PAGAR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE LE SEA IMPUTABLE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS POR LA POSESION, EL USO Y LA APLICACION A PACIENTES DE:

- 2.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO.
- 2.2. EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPEUTICA.
- 2.3. EQUIPOS DE TOMOGRAFIA POR ORDENADOR (SCANNER)
- 2.4. EQUIPOS DE RADIACION POR ISOTOPOS PARA TERAPEUTICA.
- 2.5. EQUIPOS DE GENERACION DE RAYOS LASER.
- 2.6. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA LA ACEPTACION DE ESTOS RIESGOS ESPECIALES ES NECESARIO:

- LA DESCRIPCION E IDENTIFICACION DEL EQUIPO.
- LA OBLIGACION DEL ASEGURADO DE MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS ASEGURADOS, INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- LA OBLIGACION DEL ASEGURADO DE EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

3. NULIDAD

EL SEGURO ADOLECERA DE NULIDAD ABSOLUTA CUANDO AL MOMENTO DE CELEBRARSE EL CONTRATO, EL ASEGURADO CARECE DE LA AUTORIZACION NECESARIA PARA EL MANEJO DE LA INSTITUCION ASEGURADA, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

@CT9579075



FIRMA CLIENTE UNIFICADO

DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA SUCURSAL

Ramo 013 Póliza 170517 Recibo 12922492

Fecha Diligenciamiento 27 04 2018

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD ELECTRÓNICA DE SEGURO

Garantizo que la información suministrada por mí y consignada en la solicitud electrónica número _____ Ramo _____, así como en el Formulario de Conocimiento del Cliente SARLAFT(1) diligenciados el día 27 de Abril de 2018, es en todas sus partes cierta, y la misma hará parte integral del contrato de seguro. Este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza.

Garantizo que gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier IPS o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre, aun después de fallecido, a Suramericana, copia de mi historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a esta(2). Así mismo, que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

Autorizo a Suramericana a descontar de la cuenta bancaria que para el efecto señale, los pagos por concepto de primas a mi cargo.

Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Marque tipo de operación:

Negocio nuevo ☐

Modificación (Valorable o no valorable) ☒

Marque clase de cliente:

Tomador ☒

Asegurado ☒

Edgar A. Vargas V.

1. Nombre del cliente
CC. / Nit.

Edgar A. Vargas V.

Firma del cliente



*Martha Esther Coello B

Firma y código del asesor 20184

Girardot

Ciudad

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al tomador, favor diligenciar:

Nombre del titular de la cuenta bancaria
CC.

Firma del titular de la cuenta bancaria

Huella

ÁREA
EXCLUSIVA
SELLO

1. En caso en que el tomador sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.

[TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS]

suramericana



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

013000170517
26012106287

PÓLIZA No. 13-31239

1. **TOMADOR:** EDGAR VARGAS VEJARANO
2. **ASEGURADO:** EDGAR VARGAS VEJARANO
- BENEFICIARIO:** TERCERO AFECTADO
3. **VIGENCIA:** Desde las 24:00 horas del XX de XXXX de 200X
Hasta las 24:00 horas del XX de XXXX de 200X
4. **UBICACIÓN DEL PRINCIPAL RIESGO:** GIRARDOT.
5. **ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO:** Prestación de servicio médicos. U.C.I. PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
6. **LÍMITE ASEGURADO:** Col\$ 400 MILLONES Evento / vigencia.
7. **AMPARO BÁSICO:** Según texto Suramericana F-01-13-039
8. **CLÁUSULAS ADICIONALES:**
 - Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.
 - Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días.
 - Amparo automático para nuevos predios y operaciones siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a treinta (30) días.
 - El término lesiones personales se entiende como lesiones Corporales
9. **EXCLUSIONES:** Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza F-01-13-039, se establecen las siguientes:
 - Se excluye cualquier reclamación por enfermedad profesional.
 - Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).
 - Daños genéticos, cualquier siniestro proveniente de contaminación directa o indirecta con sangre infectada, como por ejemplo con el virus tipo VIH causante del SIDA, HEPATITIS, etc.
 - Pérdida patrimonial pura.
 - Reclamos formulados en el exterior.
 - Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con Hepatitis C
 - Reclamaciones como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
 - Reclamaciones relacionadas con la operación de bancos de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.



- Reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si ésta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
- Reclamaciones por gastos médicos en los que incurra el propio asegurado.

10. PRIMA ANUAL : (Sin IVA) Col\$ 976.451 + 16% IVA

11. DEDUCIBLES : Aplicables a toda y cada pérdida: 10% mínimo 4 SMLMV por evento.

12. CONDICION DE LA POLIZA

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por el médico asegurado.

13. OTRAS CONDICIONES PARTICULARES Y DEFINICIONES:

- **Pago de las primas:** De acuerdo con lo establecido en los artículos 81 y 82 de la ley 45 de 1990.
- Por el pago de un siniestro, NO se acepta el restablecimiento del límite asegurado en forma automática.
- **Comisión de intermediación: 10%**
- **Intermediario: 20184**
- **Compañías aseguradoras:** Suramericana de Seguros 100%
- **Requisitos para Circular 005 de 1998 de la Superfinanciera. (Referente al SIPLA)**
- **Prima mínima para movimientos:** Establecida en dos (2) SMDLV.
- **Los valores especificados como límites y/o sublímites,** se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.
- **SMMLV:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente; **SMDLV:** Salario Mínimo Diario Legal Vigente
- **Deducibles pactados en dólares,** serán liquidados a la tasa de cambio representativa del mercado del día del siniestro.

14. CONDICIONES DE COTIZACION:

- El seguro que se cotiza en esta oferta se expedirá y se registrará, en caso que sea adjudicado a Suramericana, en los términos y condiciones que específicamente se mencionan en este documento.
- Para que Suramericana se considere en riesgo, debemos recibir confirmación escrita de la aceptación de los términos y condiciones de esta cotización, de lo contrario se entiende que no hemos asumido responsabilidad alguna.
- Suramericana se reserva el derecho de revisar términos y condiciones indicados en esta cotización si antes de la iniciación de la vigencia se presenta un incremento importante en la siniestralidad o existe una variación importante del estado de riesgo.
- Validez de la oferta: La presente cotización tiene validez hasta el día __ del mes de __ de 200__.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

Cuestionario

1- INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombre y apellidos: Edgar Alcibiades Vargas Vezano
- 1.2 Cédula / N.I.T. : 79.579.075
- 1.3 Domicilio: Condominio El Peñon Sector I Casa 157

2- INFORMACION PROFESIONAL

- 2.1 Título Profesional: Médico
- Otorgado por. : Univ. del Rosario Fecha: 1994-Dic-16
- 2.2 Número de cédula en la dirección general de profesiones: 79579075 ?
- ♥ 2.3 Número del registro profesional para los médicos 154196
- Vigencia de la tarjeta profesional: Dic. 8/96
- 2.4 Especializaciones: Pediatría
- 2.5 Cuál especialización ejerce actualmente: Pediatría
- Años de experiencia en esta especialización: 11

3- ACTIVIDAD PROFESIONAL

- 3.1 Ejerce su profesión en forma privada, sin relación laboral con una institución de salud ó cualquier empresa sea ésta particular o pública? Si _____ No X

En caso afirmativo favor indicar:

- 3.1.1 Ubicación del consultorio: Clinica San Sebastian piso 6 100000 100000

- 3.1.2 Número y especialización médica / paramédica de los empleados: ?
PEJUEXO RM 154196
CC 79579075

- 3.1.3 Posee alguno (mencione cuántos) de los siguientes equipos:**

- ___ Equipos de radiología con fines de diagnóstico
- ___ Equipos de rayos X para terapéutica
- ___ Equipos de tomografías por ordenador (Scanner)
- ___ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica
- ___ Equipos de generación de rayos láser
- ___ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias

- 3.1.4. Existe la posibilidad de alojar a los pacientes durante un tratamiento:**

Si ☒ No ☐

El tratamiento de pacientes es sólo ambulatorio?

Si _____ No 8

Existen otros riesgos, tales como laboratorios independientes, farmacias etc?

Si & No

- 3.1.5. Ejerce la actividad profesional exclusivamente en el consultorio indicado anteriormente
- | | |
|----|--|
| Si | No ☒ |
|----|--|

Ejerce su actividad profesional en otras instituciones de salud o empresas?

Si X No

En caso afirmativo favor indicar:

- Nombre (s) de la institución (es):

- Clinica de Salud Coop
- Nueva Clinica San Sebastian
Girardot

- Tipo de servicios:

Médicos

- Función del solicitante:

Pediatra

- Relación entre el solicitante y la institución:

Empleado

3.2 Ejerce su actividad profesional bajo relación laboral con una institución de salud o con alguna empresa o cualquier entidad pública o privada? Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor indicar:

3.2.1. Nombre y descripción del empleador:

Nueva Clinica San Sebastian de
Girardot

3.2.2. Ubicación del centro de trabajo:

Cra 5 # 20 A - 37

3.2.3. Descripción de las labores que desempeña el solicitante y sus funciones:

Medico Pediatra Consulta
Externa, Hospitalización, Urgencias y UCI

3.2.4. Ejerce su actividad profesional en otros sitios (por ejemplo su propio consultorio, otra clínica / hospital etc) Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor describir brevemente:

Consultorio
Clinica San Sebastian - Clinica
Salud Coop

- 4.1 ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo describirlas : _____

- 4.2 ¿Tiene conocimientos de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo describirla (s): _____

- 4.3 ¿Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo indicar:

Compañía (s) de Seguro: FEPASPE
Vigencia (s): Hasta febrero próximo
Límite (s) asegurados: 200.000

- 4.4 Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna Compañía de Seguros? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo indicar circunstancias: _____

- 4.5 Límite (s) solicitado (s):

OPCION 1: 400.000.000 =
OPCION 2: _____
OPCION 3: _____

NOTA: al momento de suscribirse la póliza, el presente formulario debe hacer parte integrante de ésta.

Giraldot. Abril 27/11
LUGAR Y FECHA



FIRMA

79579025



RAMO: _____
PÓLIZA: _____
RECIBO: _____
RIESGO: _____

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS

Cuestionario

1- INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombre y apellidos: Edgar Alcibíades Vargas V.
1.2 Cédula / N.I.T.: 79579075
1.3 Domicilio: Condominio El Peñon 157-I

2- INFORMACION PROFESIONAL

- 2.1 Título Profesional: Pediatra - Médico Qx.
Otorgado por: U. Rosario Fecha: Feb. 2000
2.2 Número de cédula en la dirección general de profesiones: 79579075
2.3 Número del registro profesional para los médicos: 154196
Vigencia de la tarjeta profesional: _____
2.4 Especializaciones: Pediatría
2.5 Cuál especialización ejerce actualmente: Pediatría
Años de experiencia en esta especialización: 13

RAMO: 13
Sucursal: POST
Ibague: 122 73162
RECIBO: Ø
RIESGO: Ø

- 4.1 ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo describirlas : _____

- 4.2 ¿Tiene conocimientos de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo describirla (s): _____

- 4.3 ¿Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo indicar:

Compañía (s) de Seguro: SURAMERICANA
Vigencia (s): 06/01/2012 a 06/01/2013
Límite (s) asegurados: 400.000.000

- 4.4 Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna Compañía de Seguros? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo indicar circunstancias: _____

- 4.5 Límite (s) solicitado (s):

OPCION 1: _____
OPCION 2: _____
OPCION 3: _____

NOTA: al momento de suscribirse la póliza, el presente formulario debe hacer parte integrante de ésta.

En caso afirmativo favor indicar:

- Nombre (s) de la institución (es):

- Tipo de servicios: _____
- Función del solicitante: _____
- Relación entre el solicitante y la institución: _____

3.2 Ejerce su actividad profesional bajo relación laboral con una institución de salud o con alguna empresa o cualquier entidad pública o privada? Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor indicar:

3.2.1. Nombre y descripción del empleador:

Nueva Clínica San Sebastián de
Guixotzot

3.2.2. Ubicación del centro de trabajo:

Guixotzot - Cundina-mexca-

3.2.3. Descripción de las labores que desempeña el solicitante y sus funciones:

Médico Pediatra

3.2.4. Ejerce su actividad profesional en otros sitios (por ejemplo su propio consultorio, otra clínica / hospital etc) Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor describir brevemente: _____

3- ACTIVIDAD PROFESIONAL

- 3.1 Ejerce su profesión en forma privada, sin relación laboral con una institución de salud ó cualquier empresa sea ésta particular o pública? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor indicar:

3.1.1 Ubicación del consultorio: _____

3.1.2 Número y especialización médica / paramédica de los empleados:

3.1.3 Posee alguno (mencione cuántos) de los siguientes equipos:

- ☐ Equipos de radiología con fines de diagnóstico
- ☐ Equipos de rayos X para terapéutica
- ☐ Equipos de tomografías por ordenador (Scanner)
- ☐ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica
- ☐ Equipos de generación de rayos láser
- ☐ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias

3.1.4. Existe la posibilidad de alojar a los pacientes durante un tratamiento:

Si ☐ No ☐

El tratamiento de pacientes es sólo ambulatorio?

Si ☐ No ☐

Existen otros riesgos, tales como laboratorios independientes, farmacias etc?

Si ☐ No ☐

3.1.5. Ejerce la actividad profesional exclusivamente en el consultorio indicado anteriormente

Si ☐ No ☐

Ejerce su actividad profesional en otras instituciones de salud o empresas?

Si ☐ No ☐



61805605 29-Abril/2013 *[Signature]*

LUGAR Y FECHA

FIRMA



RAMO: _____
 PÓLIZA: _____
 RECIBO: _____
 RIESGO: _____

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
 MEDICOS**

Cuestionario

1- INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombre y apellidos: Edgar Alcibíades Vargas V.
 1.2 Cédula / N.I.T.: 79579075
 1.3 Domicilio: Condominio El Peñon 157-I

2- INFORMACION PROFESIONAL

- 2.1 Título Profesional: Pediatra - Médico Qx.
 Otorgado por: U. Rosario Fecha: Feb. 2000
 2.2 Número de cédula en la dirección general de profesiones: 79579075
 2.3 Número del registro profesional para los médicos: 154196
 Vigencia de la tarjeta profesional: _____
 2.4 Especializaciones: Pediatría
 2.5 Cuál especialización ejerce actualmente: Pediatría
 Años de experiencia en esta especialización: 13

RAMO: 13
 Sucursal PÓLIZA: 12057
 Ibague RECIBO: 12273162
 RIESGO: Ø

- 4.1 ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo describirlas : _____

- 4.2 ¿Tiene conocimientos de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo describirla (s): _____

- 4.3 ¿Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo indicar:

Compañía (s) de Seguro: SURAMERICANA
Vigencia (s): 06/01/2012 a 06/01/2013
Límite (s) asegurados: 400.000.000

- 4.4 Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna Compañía de Seguros? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo indicar circunstancias: _____

- 4.5 Límite (s) solicitado (s):

OPCION 1: _____
OPCION 2: _____
OPCION 3: _____

NOTA: al momento de suscribirse la póliza, el presente formulario debe hacer parte integrante de ésta.

En caso afirmativo favor indicar:

- Nombre (s) de la institución (es):

- Tipo de servicios: _____
- Función del solicitante: _____
- Relación entre el solicitante y la institución: _____

3.2 Ejerce su actividad profesional bajo relación laboral con una institución de salud o con alguna empresa o cualquier entidad pública o privada? Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor indicar:

3.2.1. Nombre y descripción del empleador:

Nueva Clínica San Sebastián de
Guixotzotz

3.2.2. Ubicación del centro de trabajo:

Guixotzotz - Cuernavaca

3.2.3. Descripción de las labores que desempeña el solicitante y sus funciones:

Médico Pediatra

3.2.4. Ejerce su actividad profesional en otros sitios (por ejemplo su propio consultorio, otra clínica / hospital etc) Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor describir brevemente: _____

3- ACTIVIDAD PROFESIONAL

- 3.1 Ejerce su profesión en forma privada, sin relación laboral con una institución de salud ó cualquier empresa sea ésta particular o pública? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor indicar:

3.1.1 Ubicación del consultorio: _____

3.1.2 Número y especialización médica / paramédica de los empleados: _____

3.1.3 Posee alguno (mencione cuántos) de los siguientes equipos:

- ☐ Equipos de radiología con fines de diagnóstico
- ☐ Equipos de rayos X para terapéutica
- ☐ Equipos de tomografías por ordenador (Scanner)
- ☐ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica
- ☐ Equipos de generación de rayos láser
- ☐ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias

3.1.4. Existe la posibilidad de alojar a los pacientes durante un tratamiento:

Si ☐ No ☐

El tratamiento de pacientes es sólo ambulatorio?

Si ☐ No ☐

Existen otros riesgos, tales como laboratorios independientes, farmacias etc?

Si ☐ No ☐

3.1.5. Ejerce la actividad profesional exclusivamente en el consultorio indicado anteriormente

Si ☐ No ☐

Ejerce su actividad profesional en otras instituciones de salud o empresas?

Si ☐ No ☐



61805605 29-Abril/2013 *[Signature]*

LUGAR Y FECHA

FIRMA

Seguro de Responsabilidad Civil
para Profesionales de la Salud

sura

Declaración de asegurabilidad

Código del asesor: 20184

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellido: Edgar Alabiades Vargas

Número de identificación: 79.579.075

Tipo de documento de identificación: CC ☒ TI ☐ C.E ☐ Pasaporte ☐ Registro civil ☐ Carné diplomático ☐ Otro ☐

Teléfono: 315 336655

INFORMACIÓN PROFESIONAL

• ¿Cuál es su profesión? Médico Cirujano

• ¿Es especialista? Si ☒ No ☐

• ¿En cuál institución o universidad
le otorgaron el título?

Col Mayor Ntra Sra Rosario

• ¿En qué año se graduó?

• ¿Cuál es su especialidad? Pediatría

• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título?

Col Mayor Ntra Sra Rosario

• ¿En qué año se graduó?

• Número de tarjeta profesional:

154196

• Número de tarjeta profesional:

154196

INFORMACIÓN LABORAL

• Tiene consultorio? Si ☒ No ☐

• ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos en su actividad
profesional? Si ☐ No ☒

• ¿Tiene empleados a su servicio? Si ☒ No ☐

☐ Equipos de radiología con fines de diagnóstico.

☐ Equipos de rayos X para terapéutica.

☐ Equipos de tomografías por ordenador (scanner).

☐ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.

☐ Equipos de generación de rayos láser.

☐ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias
radiactivas necesarias.

• ¿Trabaja para alguna institución? Si ☒ No ☐

• Nombre de la institución: Unimed Medical S.A.S

• Dirección: Cra 6A No. 20-715

• ¿Es pública? Si ☐ No ☒

• ¿Ejerce su profesión fuera de Colombia? Si ☐ No ☒

INFORMACIÓN DEL SEGURO

- ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil en los últimos 5 años?

Si ☐ No ☒

• Describa:

- ¿Tiene conocimiento de algún evento en los últimos 10 años que pueda comprometer su responsabilidad?

Si ☐ No ☒

• Describa:

- ¿Ha tenido en los últimos 5 años un seguro que cubra su responsabilidad profesional?

Si ☒ No ☐

• Compañía aseguradora Seguros Epaceroles S.A.

• Valor asegurado 7.000.000.000

• Vigencia 2020-2021

COTIZACIÓN: SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Cuáles alternativas de valor asegurado desea cotizar?

1

3

2

4

- Señale si desea incluir las siguientes coberturas opcionales

☐ Responsabilidad del empleador

☐ Responsabilidad civil por el uso
de equipos especiales

Declaro que los puntos expuestos e indicados en esta solicitud son ciertos y que no he modificado ni ocultado información.

Fecha:

14-Abril-2021

FIRMA

[Firma manuscrita]

Seguro de Responsabilidad Civil
para Profesionales de la Salud



sura

Declaración de asegurabilidad

Código del asesor: 20184

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellido: EDGAR VARGAS Número de identificación: 79579075
Tipo de documento de identificación: CC ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ Registro civil ☐ Carné diplomático ☐ Otro ☐
Teléfono: 315 3366655

INFORMACIÓN PROFESIONAL

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es su profesión? <u>MEDICO CIRUJANO</u>• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título? <u>COL. MAYOR NTRA SRA ROSARIO</u>• ¿En qué año se graduó?• Número de tarjeta profesional: <u>154196</u> | <ul style="list-style-type: none">• ¿Es especialista? Si ☒ No ☐• ¿Cuál es su especialidad? <u>PEDIATRIA</u>• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título? <u>COL. MAYOR NTRA SRA ROSARIO</u>• ¿En qué año se graduó?• Número de tarjeta profesional: <u>154196</u> |
|---|---|

INFORMACIÓN LABORAL

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Tiene consultorio? Si ☒ No ☐• ¿Tiene empleados a su servicio? Si ☒ No ☐• ¿Trabaja para alguna institución? Si ☒ No ☐<ul style="list-style-type: none">• Nombre de la institución: <u>Nueva Clínica SAN SEBASTIAN DE GIRASOL</u>• Dirección:• ¿Es pública? Si ☐ No ☒• ¿Ejerce su profesión fuera de Colombia? Si ☐ No ☒ | <ul style="list-style-type: none">• ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos en su actividad profesional? Si ☐ No ☒<ul style="list-style-type: none">☐ Equipos de radiología con fines de diagnóstico.☐ Equipos de rayos X para terapéutica.☐ Equipos de tomografías por ordenador (Scanner).☐ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.☐ Equipos de generación de rayos láser.☐ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias. |
|--|--|

INFORMACIÓN DEL SEGURO

- ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil en los últimos 5 años?

Si ☒ No ☐

• Descríbala: Actualmente por el fallecimiento de un
niño por Dengue en el Año 2013

- ¿Tiene conocimiento de algún evento en los últimos 10 años que pueda comprometer su responsabilidad?

Si ☐ No ☒

• Descríbala: _____

- ¿Ha tenido en los últimos 5 años un seguro que cubra su responsabilidad profesional?

Si ☒ No ☐

• Compañía aseguradora	<u>FEPASDE</u>	/	<u>SURA</u>
• Valor asegurado	<u>400'000.000</u>		<u>400'000</u>
• Vigencia	<u>Desde +1- Año 2000</u>		<u>Desde +1- Año 2011</u>

COTIZACIÓN: SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Cuáles alternativas de valor asegurado deseas cotizar?

1 <u>\$ 1'000.000.000</u>	3 _____
2 _____	4 _____

- Señale si desea incluir las siguientes coberturas opcionales

☐ Responsabilidad del empleador
☐ Responsabilidad civil por el uso
de equipos especiales

Declaro que los puntos expuestos e indicados en esta solicitud son ciertos y que no he modificado ni ocultado información.

Fecha:

27/04/2018.

FIRMA

Eduardo Triunfo



Documento de reclamación



Fecha Aviso: 2018/04/16
 N° Expediente: 0130098018734
 N° Póliza: 013000170517
 Asegurado: VARGAS*VEJARANO**EDGAR ALCIBIADES

Datos Póliza
 Producto: RESPONSABILIDAD CIVIL
 Vigencia desde: 2011/04/29
 Vigencia hasta: 2019/04/29

Datos Asegurado
 Correo Electrónico: EDGAR08V2807571@HOTMAIL.COM
 Teléfono: 6470410
 Celular:
 Dirección: CR 16 # 140 61

Riesgos

Código	Dirección	Ciudad o Municipio
1	SN CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	GIRARDOT

Datos específicos

Información del Siniestro

Causa del Siniestro:

Detalle de los hechos:

Nombre del Asegurado: Edgar Alcibiades Vargas
 Cédula del Asegurado: 79579075
 Cédula de quien reporta: 79579075
 Nombre de quien reporta: Edgar Alcibiades Vargas
 Afinidad o parentesco: Asegurado
 Dirección asegurado y ciudad del predio: CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6, Girardot - Cundinamarca
 Teléfono del riesgo afectado: 8330190
 Número de la póliza: 170517
 Teléfonos del asegurado o persona a contactar: 3153366655 - 3174366788
 Número de cuenta bancaria del asegurado, ya sea de Bancolombia o de otra entidad bancaria: cuenta de ahorros 389312323 del banco BBVA
 Nombre de la persona a contactar: Edgar Alcibiades Vargas
 Celular Asegurado o persona a contactar: 3153366655 - 3174366788
 Correo Electrónico: edgarvargas71@hotmail.com
 Fue atendido o visitado por asistencia Sura: SI__ NO_X
 Valor Reclamado: No informa
 Solicitar fecha: 6/05/2013
 Solicitar hora aproximada de ocurrencia del siniestro: 12:30pm
 Hay equipos afectados: SI__ NO_X
 Qué equipos fueron los afectados, marca y modelo (qué electrodomésticos + marca + modelo, qué maquinaria + marca + modelo, solo si el cliente tiene la información):
 Indicar al usuario que nos indique de forma clara y concisa que fue lo que paso:
 Un paciente lleva a la clínica a consulta su niño el día 28/04/2013, por un cuadro de sinopsitis y dolor abdominal, durante la

Datos Complementarios

¿Hay lesionados?:

Documento de reclamación



Observaciones y/o comentarios
adicionales:

Bienes Afectados

Tipo Bien	Valor Estimado
RESPONSABILIDAD CIVIL	\$2,000,000.00

Total: \$2,000,000.00



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 03 DE MAYO DE 2018		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312922492	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12922492
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS, CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	600.000.000	0	1.364.877	259.327	1.624.203

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO	NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
DESDE 03-MAY-2018 HASTA 29-ABR-2019	361	\$1.364.877		\$259.327	\$1.624.203

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLON SEISCIENTOS VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS TRES PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2018 HASTA 29-ABR-2019	1	\$1.000.000.000,00	\$0,00	\$1.000.000.000,00

DOCUMENTO DE:

MODIFICACION VALORABLE CON AUMENTO DE PRIMA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	028	904852	07	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	1.364.877

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Se realiza aumento del valor asegurado de la póliza #170517-4 a \$1,000,000,000;
por solicitud del asegurado.

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 03 DE MAYO DE 2018			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12922492

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	600.000.000	0	1.364.877	259.327	1.624.203
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	0	0	0

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 03-MAY-2018	HASTA 29-ABR-2019	NÚMERO DÍAS 361	PRIMA DEL RIESGO \$1.364.877	CP	IVA DEL RIESGO \$259.327	TOTAL DEL RIESGO \$1.624.203
---	----------------------	--------------------	---------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON SEISCIENTOS VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS TRES PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2018	HASTA 29-ABR-2019	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
MODIFICACION VALORABLE CON AUMENTO DE PRIMA

DEDUCIBLES

PARA EL RIESGO 1
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
PARA EL RIESGO 1
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL
Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN
www.suramericana.com
Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 01 DE OCTUBRE DE 2019		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313157113	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13157113
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS, CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	0	0	0	0	0

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO	NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	365	\$0		\$0	\$0

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CERO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	1	\$1.000.000.000,00	\$0,00	\$1.000.000.000,00

DOCUMENTO DE:

MODIFICACION VALORABLE CON AUMENTO DE PRIMA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	028	904834	07	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	0

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO SE INCLUYE COMO BENEFICIARIO A:
JUNICAL MEDICAL SAS NIT 901.164.974-0

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 01 DE OCTUBRE DE 2019			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13157113

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	0	0	0	0	0
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	0	0	0

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$0	CP	IVA DEL RIESGO \$0	TOTAL DEL RIESGO \$0
---	----------------------	--------------------	-------------------------	----	-----------------------	-------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
CERO PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR ÍNDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: MODIFICACION VALORABLE CON AUMENTO DE PRIMA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 29-ABR-2020
--	---	----------------------

DEDUCIBLES

PARA EL RIESGO 1
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
PARA EL RIESGO 1
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 27 DE MAYO DE 2019		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313096799	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13096799
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS, CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	0	0	-1.592.800	-302.632	-1.895.432

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO	NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A DEVOLVER
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	365	\$-1.592.800		\$-302.632	\$-1.895.432

VALOR A DEVOLVER EN LETRAS
UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	1	\$1.000.000.000,00	\$0,00	\$1.000.000.000,00

DOCUMENTO DE:

MODIFICACION VALORABLE CON DISMINUCION DE PRIMA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	028	904757	16	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	-1.592.800

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE AJUSTA VALOR PRIMA

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 27 DE MAYO DE 2019			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13096799

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	0	0	-1.592.800	-302.632	-1.895.432
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	0	0	0

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$-1.592.800	CP	IVA DEL RIESGO \$-302.632	TOTAL DEL RIESGO \$-1.895.432
---	----------------------	--------------------	----------------------------------	----	------------------------------	----------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: MODIFICACION VALORABLE CON DISMINUCION DE PRIMA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 29-ABR-2020
--	---	----------------------

DEDUCIBLES

PARA EL RIESGO 1
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
PARA EL RIESGO 1
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.


FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 27 DE MAYO DE 2019		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313096799	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGURO			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13096799
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS, CENTROS MEDICOS Y SIMILARES				CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA				RIESGO No 1	

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	0	0	-1.592.800	-302.632	-1.895.432

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO	NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A DEVOLVER
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	365	\$-1.592.800		\$-302.632	\$-1.895.432

VALOR A DEVOLVER EN LETRAS
UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020	1	\$1.000.000.000,00	\$0,00	\$1.000.000.000,00

DOCUMENTO DE:
MODIFICACION VALORABLE LEGALIZADA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTICULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	028	904757	16	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	-1.592.800

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE AJUSTA VALOR PRIMA
POR SOLICITUD DEL ASEGURADO SE INCLUYE COMO BENEFICIARIO A:
JUNICAL MEDICAL SAS NIT 901.164.974-0

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN GIRARDOT, 29 DE ABRIL DE 2011	PÓLIZA NÚMERO 0170517-4	REFERENCIA DE PAGO 01312106267	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU	CÓDIGO 20184	OFICINA 2641	DOCUMENTO NÚMERO 12106267

TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO	CEDULA 79579075		
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO	CEDULA 79579075		
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157	CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 17
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2011	HASTA 29-ABR-2012	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$156.231	TOTAL A PAGAR \$1.132.676
--	-----------------------------	---------------------------	---------------------------	----	-------------------------	-------------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2011	HASTA 29-ABR-2012	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	-----------------------------	--	--	--	--

DOCUMENTO DE:
POLIZA NUEVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO
104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 2641	USUARIO 91985	OPERACIÓN 01	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 30 No. 7 A - 10
GIRARDOT

Seguros Generales Suramericana S.A.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN GIRARDOT, 04 DE ABRIL DE 2012		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312187167	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 2641	DOCUMENTO NÚMERO 12187167
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO					CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 17
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

DESD E	VIGENCIA DEL MOVIMIENTO HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
29-ABR-2012	29-ABR-2013	365	\$976.444		\$156.231	\$1.132.676

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

DESD E	VIGENCIA DEL SEGURO HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
29-ABR-2012	29-ABR-2013	1	\$400.000.000,00	\$0,00	\$400.000.000,00

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO
104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	2641	91985	05	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN IBAGUE, 09 DE MAYO DE 2013		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312273167	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 2508	DOCUMENTO NUMERO 12273167
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO		NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	365	\$976.444		\$156.231	\$1.132.676

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	1	\$400.000.000,00	\$0,00	\$400.000.000,00

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

- VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
- VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 2508	USUARIO 40173	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN IBAGUE, 09 DE MAYO DE 2013			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 020184	OFICINA 2508	DOCUMENTO NÚMERO 12273167

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$156.231	TOTAL DEL RIESGO \$1.132.676
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2013	HASTA 29-ABR-2014	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO: 10% del valor de la pérdida,
mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% del
valor de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 5 # 31 – 72
IBAGUE

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 21 DE MARZO DE 2014		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312355864	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 12355864
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2014 HASTA 29-ABR-2015		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$156.231	TOTAL A PAGAR \$1.132.676
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2014 HASTA 29-ABR-2015		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 110158	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA
FIRMA ASEGURADO
IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 21 DE MARZO DE 2014			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12355864

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2014	HASTA 29-ABR-2015	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$156.231	TOTAL DEL RIESGO \$1.132.676
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2014	HASTA 29-ABR-2015	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO: 10% del valor de la pérdida,
mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% del
valor de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 09 DE ABRIL DE 2015		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312475437	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 12475437
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2015 HASTA 29-ABR-2016		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$156.231	TOTAL A PAGAR \$1.132.676
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2015 HASTA 29-ABR-2016		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 110158	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

ASEGURADO: EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO
C.C. 79,579,075

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 09 DE ABRIL DE 2015		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312475437	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU		CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12475437	
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134	
TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS					
PROFESION: MEDICO PEDIATRA					
REGISTRO PROFESIONAL: 154196					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 09 DE ABRIL DE 2015			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12475437

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CONSULTORIO CLINICA SAN SEBASTIAN			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2015	HASTA 29-ABR-2016	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$156.231	TOTAL DEL RIESGO \$1.132.676
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2015	HASTA 29-ABR-2016	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO: 10% del valor de la pérdida,
mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% del
valor de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL
Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN
www.suramericana.com
Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 08 DE MARZO DE 2016		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312596998	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 12596998
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2016 HASTA 29-ABR-2017		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$156.231	TOTAL A PAGAR \$1.132.676
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2016 HASTA 29-ABR-2017		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-039 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO ADJUNTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 110158	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	12	F-01-13-039

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 08 DE MARZO DE 2016			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12596998

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO	400.000.000	400.000.000	0	920.000	147.200	1.067.200
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	9.031	65.476

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2016	HASTA 29-ABR-2017	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$156.231	TOTAL DEL RIESGO \$1.132.676
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2016	HASTA 29-ABR-2017	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO: 10% del valor de la pérdida,
mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% del
valor de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

ASEGURADO: EDGAR ALCIBIADES VARGAS BEJARANO
C.C. 79.579.075
REGISTRO PROFESIONAL: 154196
ESPECIALIDAD: MEDICO PEDIATRA.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 13 DE MARZO DE 2017		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312732822	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 12732822
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	400.000.000	400.000.000	0	920.000	174.800	1.094.800
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2017 HASTA 29-ABR-2018		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$185.524	TOTAL A PAGAR \$1.161.969
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2017 HASTA 29-ABR-2018		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 107648	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A.

- -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 13 DE MARZO DE 2017			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA – ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12732822

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 – 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	400.000.000	400.000.000	0	920.000	174.800	1.094.800
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2017	HASTA 29-ABR-2018	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$185.524	TOTAL DEL RIESGO \$1.161.969
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2017	HASTA 29-ABR-2018	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL
Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN
www.suramericana.com
Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 13 DE MARZO DE 2018		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01312904578	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12904578
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	400.000.000	400.000.000	0	920.000	174.800	1.094.800
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2018 HASTA 29-ABR-2019		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$976.444	CP	IVA \$185.524	TOTAL A PAGAR \$1.161.969
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2018 HASTA 29-ABR-2019		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
--	--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 904852	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	976.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A.

- -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 13 DE MARZO DE 2018			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 12904578

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8337134
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	400.000.000	400.000.000	0	920.000	174.800	1.094.800
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2018	HASTA 29-ABR-2019	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$976.444	CP	IVA DEL RIESGO \$185.524	TOTAL DEL RIESGO \$1.161.969
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
UN MILLON CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2018	HASTA 29-ABR-2019	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$400.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL
Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN
www.suramericana.com
Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 27 DE MARZO DE 2019		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313070845	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 13070845

TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075		
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075		
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8357506	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES				CÓDIGO ACTIVIDAD 9 – 153	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA				RIESGO No 1	

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	2.300.000	437.000	2.737.000
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$2.356.444	CP	IVA \$447.724	TOTAL A PAGAR \$2.804.169
--	--	--------------------	----------------------	----	------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2019 HASTA 29-ABR-2020		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
--	--	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 904757	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	2.356.444

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A.

- -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 27 DE MARZO DE 2019			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13070845

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	2.300.000	437.000	2.737.000
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$2.356.444	CP	IVA DEL RIESGO \$447.724	TOTAL DEL RIESGO \$2.804.169
---	----------------------	--------------------	---------------------------------	----	-----------------------------	---------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2019	HASTA 29-ABR-2020	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR ÍNDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: RENOVACION DE POLIZA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 29-ABR-2020
---------------------------------------	---	----------------------

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 19 DE MARZO DE 2020		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313262066	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGU			CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 13262066
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157			CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES					CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA					RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	707.200	134.368	841.568
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2020 HASTA 29-ABR-2021		NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$763.644	CP	IVA \$145.092	TOTAL A PAGAR \$908.737
--	--	--------------------	--------------------	----	------------------	----------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
NOVECIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2020 HASTA 29-ABR-2021		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
--	--	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO 013	PRODUCTO RC3	OFICINA 028	USUARIO 904834	OPERACIÓN 05	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	763.644

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE INCLUYE COMO BENEFICIARIO A: JUNICAL MEDICAL SAS NIT 901.164.974-0

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A.

- -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 19 DE MARZO DE 2020			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA - ASESORES DE SEGUROS	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13262066

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	707.200	134.368	841.568
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2020	HASTA 29-ABR-2021	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$763.644	CP	IVA DEL RIESGO \$145.092	TOTAL DEL RIESGO \$908.737
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	-------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
NOVECIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2020	HASTA 29-ABR-2021	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: RENOVACION DE POLIZA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 29-ABR-2021
---------------------------------------	---	----------------------

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 14 DE ABRIL DE 2021		PÓLIZA NÚMERO 0170517-4		REFERENCIA DE PAGO 01313456104	
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA		CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NUMERO 13456104	
TOMADOR EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO				CEDULA 79579075	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT		TELÉFONO 8357506	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6		CIUDAD GIRARDOT		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS		CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA				RIESGO No 1	

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% INDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	707.200	134.368	841.568
* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO		NÚMERO DÍAS	PRIMA	CP	IVA	TOTAL A PAGAR
DESDE 29-ABR-2021	HASTA 29-ABR-2022	365	\$763.644		\$145.092	\$908.737

VALOR A PAGAR EN LETRAS
NOVECIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO		NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
DESDE 29-ABR-2021	HASTA 29-ABR-2022	1	\$1.000.000.000,00	\$0,00	\$1.000.000.000,00

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-064 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	RC3	028	904834	05	PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
20184	PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	763.644

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
17 - 10 - 2016	13 - 18	P	12	F-01-13-064

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL

Seguros Generales Suramericana S.A.

- -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN ESPINAL, 14 DE ABRIL DE 2021			PÓLIZA NÚMERO 0170517-4/
INTERMEDIARIO PUENTES CUELLAR Y CIA LTDA	CÓDIGO 20184	OFICINA 028	DOCUMENTO NÚMERO 13456104

TOMADOR Y ASEGURADO EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO			CEDULA 79579075
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CONDOMINIO EL PEÑON SECTOR I CASA 157		CIUDAD GIRARDOT	TELÉFONO 8357506
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CLINICA SAN SEBASTIAN PISO 6	CIUDAD GIRARDOT	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO MEDICO PEDIATRA			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.000.000.000	1.000.000.000	0	707.200	134.368	841.568
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCI	40.000.000	0	0	56.444	10.724	67.169

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 29-ABR-2021	HASTA 29-ABR-2022	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$763.644	CP	IVA DEL RIESGO \$145.092	TOTAL DEL RIESGO \$908.737
---	----------------------	--------------------	-------------------------------	----	-----------------------------	-------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS
NOVECIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 29-ABR-2021	HASTA 29-ABR-2022	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00	VALOR INDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.000.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: RENOVACION DE POLIZA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 29-ABR-2022
---------------------------------------	---	----------------------

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL\$ 2000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CALLE 12 N. 5-82 CENTRO
ESPINAL
Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN
www.suramericana.com
Página 1

Girardot, Abril 27 de 2018

Señores

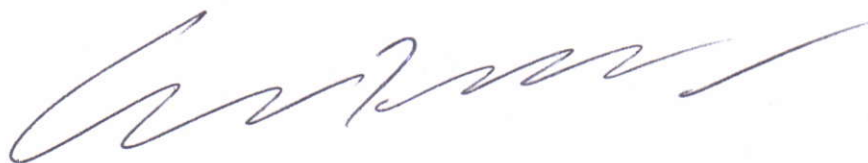
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Girardot

Mediante la presente solicito el incremento del valor asegurado a \$1.000.000.000 de la póliza Seguro De Responsabilidad Civil para Profesionales de la Salud No. **0170517-4**.

013
170517
12922492

Cordial Saludo.



EDGAR ALCIBIADES VARGAS VEJARANO

CC. 79.579.075