SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	ANEXO DE RENOVACION	14-03-101003735	2

TOMADOR	**ESTRELLA DURAN GUTIERREZ**			CC	**28.548.674**
DIRECCION	**CR 16 NRO. 52 - 25**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT**	TELEFONO	**3212803916**
ASEGURADO	**ESTRELLA DURAN GUTIERREZ**			CC	**28.548.674**
DIRECCION	**CR 16 NRO. 52 - 25**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL**	TELEFONO	**3212803916**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
09 / 12 / 2020	**04 / 12 / 2020**	**04 / 12 / 2021**	**04 / 12 / 2020**	**04 / 12 / 2021**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
VITALY SEGUROS Y SERVICIOS LTDA CLIENTE	184584	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********126,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********23,940.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********149,940.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 2172417 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002110082687(3900)000000149940(96)20210118

REFERENCIA PAGO:
1100211008268-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE