



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**  
NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

|                                                                 |                                                                                                                         |                                                  |                                                                                                                        |                       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Ciudad de Expedición<br><b>BOGOTÁ, D.C.</b>                     | SUCURSAL<br><b>CHAPINERO</b>                                                                                            | Tipo de Movimiento<br><b>ANEXO DE RENOVACION</b> | Póliza No.<br><b>14-03-101004523</b>                                                                                   | Anexo No.<br><b>2</b> |
| TOMADOR <b>ADONAIR JOSE SANCHEZ PEÑA</b>                        |                                                                                                                         | CC <b>1.026.255.530</b>                          |                                                                                                                        |                       |
| DIRECCION <b>CR 23 A NRO. 48 - 86 SUR</b>                       |                                                                                                                         | Ciudad <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT</b>       | TELEFONO <b>3097097690</b>                                                                                             |                       |
| ASEGURADO <b>ADONAIR JOSE SANCHEZ PEÑA</b>                      |                                                                                                                         | CC <b>1.026.255.530</b>                          |                                                                                                                        |                       |
| DIRECCION <b>CR 23 A NRO. 48 - 86 SUR</b>                       |                                                                                                                         | Ciudad <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>     | TELEFONO <b>3097097690</b>                                                                                             |                       |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                          |                                                                                                                         | NIT <b>0-0</b>                                   |                                                                                                                        |                       |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>19 / 05 / 2022</b>         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>21 / 05 / 2022</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>21 / 05 / 2023</b> |                                                  | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>21 / 05 / 2022</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>21 / 05 / 2023</b> |                       |
| INTERMEDIARIO<br><b>JUAN CAMILO GONZALEZ ACEVEDO</b><br>CLIENTE | CLAVE<br><b>174027</b>                                                                                                  | % PARTICIPACION<br><b>100,00</b>                 | COMPANIA                                                                                                               | % PARTICIPACION       |

### INFORMACION DEL RIESGO

|                                                                                                                                                                                                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                        |
| <p>Pagos con convenio *No aplica para transferencias</p> <p><b>Banco de Bogotá</b> Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445</p> <p><b>Grupo Bancolombia</b> Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189</p> |                        |
| TOTAL SUMA ASEGURADA:                                                                                                                                                                                                 | \$ *****300,000,000.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO                                                                                                                                                                                                 |                        |
| PRIMA:                                                                                                                                                                                                                | \$ *****241,500.00     |
| IVA:                                                                                                                                                                                                                  | \$ *****45,885.00      |
| TOTAL A PAGAR:                                                                                                                                                                                                        | \$ *****287,385.00     |

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 SEQUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS 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 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P. 06.0000000E.RC.001A.D001  
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO |            |       |
|---------------|------------|-------|
| BANCO         | CHEQUE No. | VALOR |
| EFFECTIVO     | 287,385    |       |
| CHEQUE        |            |       |
| TOTAL \$      | 287,385    |       |



REFERENCIA  
PAGO:  
1100211224627-3

(415) 7709998021167 (8020) 11002112246273 (3900) 000000287385 (96) 20220705

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS  
DEL  
ESTADO  
NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD**

|                                                                                                          |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Ciudad de Expedición<br><b>BOGOTÁ, D.C.</b>                                                              | SUCURSAL<br><b>CHAPINERO</b>                           | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>ANEXO DE RENOVACION</b>       | PÓLIZA No.<br><b>14-03-101004523</b>                   | ANEXO No.<br><b>2</b>                                  |
| TOMADOR<br><b>ADONAIR JOSE SANCHEZ PEÑA</b>                                                              |                                                        | CC<br><b>1.026.255.530</b>                             |                                                        |                                                        |
| DIRECCIÓN<br><b>CR 23 A NRO. 48 - 86 SUR</b>                                                             |                                                        | Ciudad<br><b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT</b>          | TELÉFONO<br><b>3097097690</b>                          |                                                        |
| ASEGURADO<br><b>ADONAIR JOSE SANCHEZ PEÑA</b>                                                            |                                                        | CC<br><b>1.026.255.530</b>                             |                                                        |                                                        |
| DIRECCIÓN<br><b>CR 23 A NRO. 48 - 86 SUR</b>                                                             |                                                        | Ciudad<br><b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>        | TELÉFONO<br><b>3097097690</b>                          |                                                        |
| BENEFICIARIO<br><b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                                                |                                                        | NIT<br><b>0-0</b>                                      |                                                        |                                                        |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(D-M-A)<br><b>19 / 05 / 2022</b>                                                  | DESDE LAS 24 HORAS<br>(D-M-A)<br><b>21 / 05 / 2022</b> | HASTA LAS 24 HORAS<br>(D-M-A)<br><b>21 / 05 / 2023</b> | DESDE LAS 24 HORAS<br>(D-M-A)<br><b>21 / 05 / 2022</b> | HASTA LAS 24 HORAS<br>(D-M-A)<br><b>21 / 05 / 2023</b> |
| INTERMEDIARIO<br><b>JUAN CAMILO GONZALEZ ACEVEDO</b>                                                     |                                                        | CLAVE<br><b>174027</b>                                 | % PARTICIPACIÓN<br><b>100.00</b>                       | COMPañA<br><b>COASEGURO CEDIDO</b>                     |
|                                                                                                          |                                                        | % PARTICIPACIÓN                                        |                                                        |                                                        |
| <b>INFORMACIÓN DEL RIESGO</b>                                                                            |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
| RIESGO: 1                                                                                                |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
| ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL                                                                              |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
| DESCRIPCIÓN                                                                                              | AMPAROS                                                | SUMA ASEGURADA                                         | % INVAR                                                | SUBLÍMITE                                              |
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                                                    | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD                      | \$ 300,000,000.00                                      |                                                        |                                                        |
|                                                                                                          |                                                        | \$ 300,000,000.00                                      |                                                        |                                                        |
| DEDUCIBLES: * 20.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
| OBJETO DE LA PÓLIZA:                                                                                     |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
|                                                                                                          |                                                        |                                                        |                                                        |                                                        |
| TOTAL SUMA ASEGURADA:                                                                                    |                                                        | \$ *****300,000,000.00                                 | PRIMA:                                                 | \$ *****241,500.00                                     |
| PLAN DE PAGO: CONTADO                                                                                    |                                                        |                                                        | IVA:                                                   | \$ *****45,885.00                                      |
|                                                                                                          |                                                        |                                                        | TOTAL A PAGAR:                                         | \$ *****287,385.00                                     |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1086 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUERESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 2172417 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329 P. 06.00000000E.RC.001A.D001

LISTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



(415) 7709998021167 (8020) 11002112246273 (3900) 000000287385 (96) 20220705

REFERENCIA  
PAGO:  
1100211224627-3

14-03-101004523

FECHA A FIRMADA

FLORDIAZ

CUENTE  
Oficina Principal: Cra. 1° No. 30-20 Bogotá D.C. Teléfono 2186877

TOMADOR

1



# PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: PAG EST SEC DEL EST  
NUM APROBACION: 933590  
REFERENCIA: 14002112246273  
FECHA EFECTIVA: SAB 21 MAY 22  
# TRANSACCION: 2221820000625  
VALOR: 287.385  
FECHA EXPI: SAB21 MAY 22 14:16:03  
141-07760523-111  
788093-314087-144628-527304-40  
CORRESPONSAL BANCARIO PARA  
BANCO DE OCCIDENTE LA INPRE-  
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA  
SU ACERTACION VERIFIQUE LA  
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO  
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-  
RIMIENTOS  
LINEA NACIONAL 018000512825  
OPCION 3. BOGOTA 7432626  
AGT 112302 CLR 52534090  
01134122-437082