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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	14-03-101005666	5

TOMADOR **CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S.A.S** NIT **900.510.844-2**
DIRECCION **avda. carrera 19 No. 108-35** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT** TELEFONO **3117705857**

ASEGURADO **CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S.A.S** NIT **900.510.844-2**
DIRECCION **CALLE 13 35 -06** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELEFONO **3117705857**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
01 / 08 / 2022	01 / 12 / 2021	01 / 12 / 2022	01 / 08 / 2022	01 / 12 / 2022

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ROSALBA ELENA TORRES BARRERA	210308	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 1,000,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES	**$ 1,000,000,000.00**		

DEDUCIBLES: º 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

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.

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I, ADJUNTA.

14-03-101005666

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

HERNANLOPEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	14-03-101005666	5

TOMADOR	CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S.A.S			NIT	900.510.844-2
DIRECCION	avda. carrera 19 No. 108-35	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3117705857
ASEGURADO	CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S.A.S			NIT	900.510.844-2
DIRECCION	CALLE 13 35 -06	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3117705857
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARA QUE LA PRESENTE POLIZA RECONOCE EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 81-7-20130-22 CELEBRADO ENTRE LA POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No, 1 Y CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S.A.S

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y EN IGUALDAD DE CONDICIONES.