

DATOS DE ENVÍO

NOMBRE: L.A.S. ELECTROMEDICINA S.A.S.  
DIRECCIÓN: AV CL 26 # 96 J 66 LC 23 24  
CIUDAD: BOGOTA-BOGOTA



DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: L.A.S. ELECTROMEDICINA S.A.S.  
IDENTIFICACIÓN: NT 860526809  
TELÉFONO: 3024123035 3176364884  
DIRECCIÓN:  
CIUDAD: BOGOTA

OBSERVACIONES: Se Efectua aclaracion Segun Solicitud.CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1003000714001  
Certificado: 1  
Fecha de Expedición: 01/08/2022

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE

27/07/2022

Día Mes Año

A las 00 Horas

HASTA

27/03/2023

Día Mes Año

A las 24 Horas

VIGENCIA DEL CERTIFICADO

DESDE

27/07/2022

Día Mes Año

A las 00 Horas

HASTA

27/03/2023

Día Mes Año

A las 24 Horas

ASEGURADOS

| NOMBRE                                        | IDENTIFICACIÓN | TIPO | TIPO ASEGURADO      |
|-----------------------------------------------|----------------|------|---------------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO | 900959051      | NT   | ASEGURADO PRINCIPAL |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO | 900959051      | NT   | ASEGURADO ADICIONAL |

BENEFICIARIOS

| NOMBRE             | IDENTIFICACIÓN | TIPO | TIPO BENEFICIARIO |
|--------------------|----------------|------|-------------------|
| TERCEROS AFECTADOS |                |      |                   |

DATOS DEL ASESOR

| NOMBRE                                           | TELÉFONO | % DE PART |
|--------------------------------------------------|----------|-----------|
| CLAUDIA LAMUS<br>ASESORES DE SEGUROS<br>CIA LTDA | 5175940  | 0         |

DATOS DE LA PÓLIZA

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| RESPONSABILIDAD CIVIL           |                    |
| Póliza de cumplimiento Asociada | No Registra        |
| Ciudad de Expedición            |                    |
| Localidad de Radicación         |                    |
| Dirección de predio asegurado   | DIRECCION RIESGO 1 |



# AMPAROS

| COBERTURA                    | LÍMITE COBERTURA | DEDUCIBLE                   |                                             |
|------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
|                              |                  | VALOR PORCENTUAL<br>PÉRDIDA | VALOR A CARGO DEL ASEGURADO<br>VALOR MÍNIMO |
| 222 PREDIOS LABOR.Y OPERACIO | 13,272,700       | 10 %                        | 1 SMMLV                                     |
| 227 GASTOS MEDICOS PERSONA   | 0                |                             |                                             |
| 228 GASTOS MEDICOS VIGENCIA  | 0                |                             |                                             |
| PRIMA TOTAL                  |                  |                             | \$0                                         |

**Código de Clausulado que aplica:** 07/03/2022-1327-P-06-RC-0000000000017-D001 Consulte este clausulado y la documentación necesaria para presentar una reclamación en la página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

(\*) COP: Pesos Colombianos; USD: Dólares Americanos; SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

## MEDIOS DE PAGO

- Caja de la compañía

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: [contacto@segurosbolivar.com](mailto:contacto@segurosbolivar.com).
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

**EN CASO DE SINIESTRO:** Para el aviso de siniestro se dispone del correo electrónico: [indemnizacionesseguros generales@segurosbolivar.com](mailto:indemnizacionesseguros generales@segurosbolivar.com); o puede comunicarse con la RED 322 opción 1 opción 5, desde un celular al #322 o desde un fijo al 018000123322.

## \$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA: \$0

IVA PRIMA: \$0

**TOTAL A PAGAR:** \$0

PERIODICIDAD DE PAGO: ANUAL

**NOTA IMPORTANTE** 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.

Firma Representante Legal

## ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

RIESGO 1

## CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

### Identificación:

#### OBJETO

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE COMPRAVENTA NO.02-BS-0038-2022, REFERENTE A CONTRATAR LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS, MOBILIARIO, Y DEMAS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACION DE CAPS DIANA TURBAY DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

#### RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

#### VIGENCIA:

DESDE: 27/07/2022

HASTA: 27/03/2023

#### ASEGURADO ADICIONAL

- SE INCLUYE A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT.900.959.051-7 COMO ASEGURADO ADICIONAL ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR AQUELLOS DANOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL EN EJERCICIO DEL CONTRATO DE COMPRAVENTA NO.02-BS-0038-2022 (FIRMADO ENTRE LAS PARTES PERO NO DERIVADOS DE ESTE) QUE AMPARA EL PRESENTE ENDOSO, EXCLUYENDO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS ASEGURADOS ADICIONALES.

#### BENEFICIARIO ADICIONAL



- SE INCLUYE A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT.900.959.051-7 COMO BENEFICIARIO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO PUEDA CONSIDERARSE COMO TERCERO BAJO LA LEY APLICABLE EXCLUYENDO CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL O PROFESIONAL Y EXCLUSIVAMENTE PARA AQUELLOS DANOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL EN EJERCICIO DEL CONTRATO DE COMPRAVENTA NO.02-BS-0038-2022 FIRMADO ENTRE LAS PARTES PERO NO DERIVADOS DE ESTE.

BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS

NOTA.

LA PRESENTE POLIZA SE RIGE A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2.2.1.2.3.2.9 DEL DECRETO 1082 DE 2015.

\*\*\*\*\*

