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 DIE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	ANEXO CAUSA PRIMA	41-03-101009281	1

TOMADOR **REMISIONES Y TRASLADOS DIVINO NIÑO S.A.S** NIT **900.937.861-1**
DIRECCION **BARRIO HUASIPANGA CALLE 15 NO. 03** CIUDAD **MOCOA, PUTUMAYO** TELEFONO **3223164023**

ASEGURADO **REMISIONES Y TRASLADOS DIVINO NIÑO S.A.S** NIT **900.937.861-1**
DIRECCION **BARRIO HUASIPANGA CALLE 15 NO. 03** CIUDAD **MOCOA, PUTUMAYO** TELEFONO **3223164023**

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)
25 / 08 / 2022	24 / 06 / 2022	24 / 06 / 2023	18 / 08 / 2022	24 / 06 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CRG AGENCIA DE SEGUROS LTDA	143664	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 200,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 200,000,000.00**		

DEDUCIBLES: º 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ **********0.00	PRIMA:	$ *******(2,620,462.00)
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********(497,887.00)
		TOTAL A PAGAR:	$ *******(3,118,349.00)

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: CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

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

41-03-101009281

FIRMA AUTORIZADA

Paola Andrea Solarte R.

TOMADOR

CLIENTE

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.
PASTO	ANEXO CAUSA PRIMA	41-03-101009281	1

TOMADOR	REMISIONES Y TRASLADOS DIVINO NIÑO S.A.S			NIT	900.937.861-1
DIRECCION	BARRIO HUASIPANGA CALLE 15 NO. 03	CIUDAD	MOCOA, PUTUMAYO	TELEFONO	3223164023
ASEGURADO	REMISIONES Y TRASLADOS DIVINO NIÑO S.A.S			NIT	900.937.861-1
DIRECCION	BARRIO HUASIPANGA CALLE 15 NO. 03	CIUDAD	MOCOA, PUTUMAYO	TELEFONO	3223164023
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE PRESENTE ANEXO SE AJUSTA VALOR DE LA PRIMA SEGUN SOLICITUD DE CLIENTE VIA CORREO ELECTRONICO DE FECHA 6/08/2022

PERSONAL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETOS / IDENTIFICACION / PERFIL

JULIAN CAMILO RIASCOS PASTAS / 1006908113 / AUXILIAR
KELLY NATHALY ENRIQUEZ CAÑAR / 1124863328 / AUXILIAR
DIEGO ALEJANDRO LOZANO FAJARDO / 1127080779 / AUXILIAR
LEYDY TATIANA BARRERA VASCOS / 1049650655 / AUXILIAR
YELSIN DAVID GIRALDO QUIÑONEZ / 1123329399 / AUXILIAR
MARLY DAYANI MEDINA CUELLAR / 1117885259 / AUXILIAR
YESIKA JOHANA GARZON VEGA / 1140434367 / AUXILIAR
ISRAEL MAURICIO SANTACRUZ QUEJUAN / 18,131,051 / MEDICO
MARIA ALEJANDRA UNIGARRO TAPIA / 1085334981 / MEDICO
FRANCISCO JOSE RANGEL BOLAÑOS / 87245798 / MEDICO
KATHERYN VANESSA BERMEO TORRES / 1124861238 / MEDICO
DEISY YAMILE BENAVIDES AGREDA / 1120216471 / MEDICO

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN