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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	41-03-101009286	3

TOMADOR **CIREN ABA SAS** NIT **900.632.798-5**
DIRECCION **DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS** CIUDAD **PASTO, NARIÑO** TELEFONO **7226557**
ASEGURADO **CIREN ABA SAS** NIT **900.632.798-5**
DIRECCION **DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS** CIUDAD **PASTO, NARIÑO** TELEFONO **7226557**
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)
11 / 07 / 2023	23 / 06 / 2023	23 / 06 / 2024	23 / 06 / 2023	23 / 06 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FRANCISCO ROJAS MARTINEZ LTDA	194663	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 232,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 232,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			**$ 46,400,000.00**
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 232,000,000.00**

DEDUCIBLES: º 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH º 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******232,000,000.00	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: CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

41-03-101009286

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

VICTORYCALDERON

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	41-03-101009286	3

TOMADOR	**CIREN ABA SAS**			NIT	**900.632.798-5**
DIRECCION	**DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS**	CIUDAD	**PASTO, NARIÑO**	TELEFONO	**7226557**
ASEGURADO	**CIREN ABA SAS**			NIT	**900.632.798-5**
DIRECCION	**DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS**	CIUDAD	**PASTO, NARIÑO**	TELEFONO	**7226557**
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)
11 / 07 / 2023	**23 / 06 / 2023**	**23 / 06 / 2024**	**23 / 06 / 2023**	**23 / 06 / 2024**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FRANCISCO ROJAS MARTINEZ LTDA CLIENTE	194663	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******232,000,000.00	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.

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

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

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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 NO CAUSA PRIMA	41-03-101009286	3

TOMADOR	CIREN ABA SAS			NIT	900.632.798-5
DIRECCION	DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS	CIUDAD	PASTO, NARIÑO	TELEFONO	7226557
ASEGURADO	CIREN ABA SAS			NIT	900.632.798-5
DIRECCION	DIRECCION CR 29 19 45 BRR LAS CUADRAS	CIUDAD	PASTO, NARIÑO	TELEFONO	7226557
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES IMPUTABLE A CIREN ABA SAS EN SU ACTIVIDAD ECONOMICA PRESTADORES DE LA SALUD, CON OCASION A LA EJECUCION DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS, CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA PRESENTE POLIZA:

CONTRATO No. 01-01-03 FIRMADO Y CELEBRADO ENTRE CLINICA ASEGURADA Y NUEVA EPS CUYO OBJETO S EL PRESENTE CONTRATO TIENE POR OBJETO LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EPS SA QUE SE ENCUENTRAN DESCRITOS EN EL ANEXO N1.
BENEFICIARIO Y ASEGURADO ADICIONAL: NUEVA EPS PARA EL CONTRATO No. 01-01-03FIRMADO EN FECHA

ESTA POLIZA HA SIDO EXPEDIDA COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, POR LO QUE EL VALOR ASEGURADO EN CARATULA, ES UNICO Y COMBINADO PARA TODOS LOS ASEGURADOS, BENEFICIARIOS, RECLAMANTES Y CONTRATOS ENDOSADOS EN LA MISMA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACIONES.

NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO DEFINIRA PRESENTAR LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.

LA PRESENTE POLIZA HA SIDO EXPEDIDA BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA O REVOCADA PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MENCIONADOS PERMANECEN SIN MODIFICACION.