Sincelejo, 25 de septiembre de 2023

Señor
Clinica Oftalmologica De Sucre S.A.S
Cl 14 # 20 53
Sincelejo - Sucre
004 9783

Asunto: Renovación Seguro Empresarial 0183985.

Cordial saludo:

Para SURA es un privilegio poder contar nuevamente con la vinculación de su empresa a nuestro portafolio y poder continuar así ofrecerle programas preventivos o de administración integral del riesgo tanto para las personas de su empresa como para su patrimonio, permitiendo la continuidad y sostenibilidad de este en el largo plazo

Queremos agradecerle la confianza que nos ha depositado al elegirnos nuevamente como su aliado estratégico en seguros y estamos convencidos de que usted y su empresa hicieron la mejor elección en la renovación de su programa de seguros.

Transparencia, profesionalismo y, sobre todo, calidad humana, hacen parte de los valores de nuestra Organización y continúan a su servicio. Esto, sumado a la solidez y la trayectoria que caracterizan a la Compañía, permitirán que esta relación continué siendo una experiencia positiva y duradera.

Para resolver cualquier inquietud puede comunicarse con su asesor de seguros Duran Seguros Ltda, o con nuestra línea de atención, desde Bogotá, Cali y Medellín al 437 8888 o desde el resto del país la línea 01 800 051 8888 o desde su celular sin costo marcando #888.

Lo invitamos para que visite nuestra página www.sura.com

Cordialmente,

**Seguros SURA.**

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

RELACIÓN DE BIENES

suramericana

| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN | PÓLIZA NÚMERO |
|---|---|
| SINCELEJO, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | 0183985-4 |

| ASEGURADO | NIT |
|---|---|
| CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S | 9002173439 |

| DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO | CIUDAD | DEPARTAMENTO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| CL014 020 0053 | SINCELEJO | SUCRE | |

| ACTIVIDAD | CODIGO ACTIVIDAD |
|---|---|
| HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y | 9 – 153 |
| CLASIFICACIÓN EMPRESA | RIESGO No |
| | 1 |

| ARTICULO | RAMO | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | CANT | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 1.TOMADOR: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SUCRE LTDA.NIT: 900.217.343–9 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | ASEGURADO: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SUCRE LTDA.NIT: 900.217.343–9 | 0 | $ |
| 0 | | BENEFICIARIO: TERCERO AFECTADO | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 2.VIGENCIA:DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2012 | 0 | $ |
| 0 | | HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2013 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 3.UBICACIÓN DEL PRINCIPAL RIESGO: CALLE 14 # 20–53 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 4.ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICOS. | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 5.LÍMITE ASEGURADO: COL$ 400.000.000 EVENTO / VIGENCIA. | 0 | $ |
| 0 | | GRUPO A | 0 | $ |
| 0 | | ESPECIALISTA CIRUGÍA 5 | 0 | $ |
| 0 | | GRUPO B | 0 | $ |
| 0 | | ESPECIALISTA CIRUGÍA 5 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | NOTA: | 0 | $ |
| 0 | | MÉDICOS GRUPO A: CON RELACIÓN LABORAL | 0 | $ |
| 0 | | MÉDICOS GRUPO B: ADSCRITOS Ó AUTORIZADOS | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 6.AMPARO BÁSICO: SEGÚN TEXTO SURAMERICANA | 0 | $ |
| 0 | | –ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS EN EL | 0 | $ |
| 0 | | EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA POR PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MEDICO AUXILIAR, FARMACÉUTICO O LABORATORISTA, DE ENFERMERÍA Y/O ASIMILADOS QUE ESTÉN | 0 | $ |
| 0 | | VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES AL SERVICIO DEL MISMO. | 0 | $ |
| 0 | | –LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE A | 0 | $ |
| 0 | | CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DEL SUMINISTROS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS | 0 | $ |
| 0 | | MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES A SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS O | 0 | $ |
| 0 | | MANIPULADOS SEGÚN RECETA MÉDICA. | 0 | $ |
| 0 | | –DERIVADA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN O USO DE | 0 | $ |
| | | APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICOS O DE | | |

**FIRMA AUTORIZADA**

– CLIENTE –

| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN | PÓLIZA NÚMERO |
|---|---|
| SINCELEJO, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | 0183985-4 |

| ARTICULO | RAMO | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | CANT | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | TERAPÉUTICA, CUANTO DICHOS APARATOS Y | 0 | $ |
| | | TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE NO SE | | |
| 0 | | ENCONTRAREN COMPRENDIDOS EN EL AMPARO ADICIONAL DE RIESGOS. | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 7. CLÁUSULAS ADICIONALES: | 0 | $ |
| 0 | | · AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO DE REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA A TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO. | 0 | $ |
| 0 | | · AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO A DIEZ (10) DÍAS. | 0 | $ |
| 0 | | · AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO LAS MISMAS | 0 | $ |
| 0 | | ACTIVIDADES DEL ASEGURADO. AVISO A TREINTA (30) DÍAS. | 0 | $ |
| 0 | | · EL TÉRMINO LESIONES PERSONALES SE ENTIENDE COMO LESIONES CORPORALES | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 8. EXCLUSIONES: ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA | 0 | $ |
| 0 | | SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES: | 0 | $ |
| 0 | | · SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD PROFESIONAL. | 0 | $ |
| 0 | | · SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTORES (D&O). | 0 | $ |
| 0 | | · DAÑOS GENÉTICOS, CUALQUIER SINIESTRO PROVENIENTE DE CONTAMINACIÓN DIRECTA O INDIRECTA CON SANGRE | 0 | $ |
| 0 | | INFECTADA, COMO POR EJEMPLO CON EL VIRUS TIPO VIH CAUSANTE DEL SIDA, HEPATITIS, ETC. | 0 | $ |
| 0 | | · PÉRDIDA PATRIMONIAL PURA. | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMOS FORMULADOS EN EL EXTERIOR. | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON HEPATITIS C | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE CONTAMINADA, A MENOS QUE EL ASEGURADO | 0 | $ |
| 0 | | COMPRUEBE QUE CUMPLIÓ CON TODOS LOS | 0 | $ |
| | | REQUISITOS NECESARIOS Y APLICABLES SEGÚN EL ESTADO DE ARTE VIGENTE EN | | |
| 0 | | EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO. | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA | 0 | $ |
| | | OPERACIÓN DE BANCOS DE SANGRE. EN CASO DE TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS | | |
| 0 | | INDIVIDUALES, QUEDAN EXCLUIDAS LAS | 0 | $ |
| | | RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE CONTAMINADA, | | |
| 0 | | A MENOS QUE EL ASEGURADO COMPRUEBE QUE | 0 | $ |
| | | CUMPLIÓ CON TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS Y APLICABLES SEGÚN EL | | |
| 0 | | ESTADO DE ARTE VIGENTE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO. | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE | 0 | $ |
| 0 | | ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ÉSTA | 0 | $ |
| | | NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA EN UNA CLÍNICA/HOSPITAL | | |
| 0 | | ACREDITADOS PARA ESTO. | 0 | $ |
| 0 | | · RECLAMACIONES POR GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE INCURRA EL PROPIO ASEGURADO. | 0 | $ |
| 0 | | PARA LA INCLUSIÓN Y/O RETIROS DE MÉDICOS DURANTE LA VIGENCIA, SE PROCEDERÁ A COBRAR PRIMA MÍNIMA DE: | 0 | $ |
| 0 | | COL$ – GRUPO A | 0 | $ |
| 0 | | ESPECIALISTA CIRUGÍA $488.226 | 0 | $ |
| 0 | | COL$ – GRUPO B | 0 | $ |
| 0 | | ESPECIALISTA CIRUGÍA $292.935 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | NOTA: LOS RETIROS NO DARÁN LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS. | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 9. DEDUCIBLES : APLICABLES A TODA Y CADA PÉRDIDA: 10% MÍNIMO COL $4.000.000 POR EVENTO. | 0 | $ |

**FIRMA AUTORIZADA**
– CLIENTE –

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

RELACIÓN DE BIENES

suramericana

| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN | PÓLIZA NÚMERO |
|---|---|
| SINCELEJO, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | 0183985-4 |

| ARTICULO | RAMO | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | CANT | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 10. CONDICION DE LA POLIZA | 0 | $ |
| 0 | | ES PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EL RESPECTIVO | 0 | $ |
| | | FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA. | | |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | 11. OTRAS CONDICIONES PARTICULARES Y DEFINICIONES: | 0 | $ |
| 0 | | · PAGO DE LAS PRIMAS: DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45 DE 1990. | 0 | $ |
| 0 | | · POR EL PAGO DE UN SINIESTRO, NO SE ACEPTA | 0 | $ |
| | | EL RESTABLECIMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO EN FORMA AUTOMÁTICA. | | |
| 0 | | · PRIMA MÍNIMA PARA MOVIMIENTOS: ESTABLECIDA EN DOS (2) SMDLV. | 0 | $ |
| 0 | | · LOS VALORES ESPECIFICADOS COMO LÍMITES Y/O | 0 | $ |
| | | SUBLIMITES, SE ENTENDERÁN INCLUIDOS DENTRO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO. | | |
| 0 | | · DEDUCIBLES PACTADOS EN DÓLARES, SERÁN LIQUIDADOS A | 0 | $ |
| | | LA TASA DE CAMBIO REPRESENTATIVA DEL MERCADO DEL DÍA DEL SINIESTRO. | | |
| 0 | | SE AMPARAN TODOS LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A | 0 | $ |
| | | LOS TERCEROS AFECTADOS EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO N° 02-01-05-00152-2016 CLEBRADO ENTRE LA CLINICA | | |
| 0 | | OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S. Y NUEVA E.P.S. S.A | 0 | $ |
| 0 | | ESTA COBERTURA SOLO ES PARA MEDICOS VINCULADOS | 0 | $ |
| | | EN RELACION LABORAL CON LA CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S. | | |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | OBJETO:GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO PRESTACION DE | 0 | $ |
| | | SERVICIOS DE SALUD EN LA MODAILIDAD DE EVENTO NO.02-01-05-00152-2016 CELEBRADO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA | | |
| 0 | | DE SALUD S.A Y CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S 1 | 0 | $ |
| 0 | | | 0 | $ |
| 0 | | PARA EFECTOS DEL CONTRATO N° 02-01-05-00152-2016, SUSCRITO EL DIA 04 DE MAYO DE 2016, | 0 | $ |
| | | SUSCRITO CON NUEVA EPS; S.A. EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE AL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO,ES DECIR $120.000.000 | | |
| 0 | | PARA EFECTOS DEL CONTRATO N° 01-01-05-00236-2015, SUSCRITO EL DIA 16 DE OCTUB DE 2015, | 0 | $ |
| | | SUSCRITO CON NUEVA EPS; S.A. EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE AL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO,ES DECIR $300,000,000 | | |
| 0 | | SE AMPARAN TODOS LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A | 0 | $ |
| | | LOS TERCEROS AFECTADOS EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO N 01-01-05-00236-2015 CELEBRADO ENTRE LA CLINICA | | |
| 0 | | OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S Y NUEVA EPS S.A | 0 | $ |
| 0 | | SE AMPARAN TODOS LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A | 0 | $ |
| | | LOS TERCEROS AFECTADOS EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO N 02-05-05-00073-2019 CELEBRADO ENTRE LA CLINICA | | |
| 0 | | Y NUEVA EPS, COMO TAMBIEN ESTARAN CUBIERTO EL CONTRATO # 01-05-05-00040-2019 ENTRE LAS MISMAS PARTES | 0 | $ |

| | |
|---|---|
| TOTAL DEL RIESGO | $ 0 |
| TOTAL RELACIÓN DE BIENES | $ 0 |

**FIRMA AUTORIZADA**

– CLIENTE –

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

suramericana

| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN | PÓLIZA NÚMERO | REFERENCIA DE PAGO |
|---|---|---|
| SINCELEJO, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | 0183985-4 | 01313898365 |

| INTERMEDIARIO | CÓDIGO | OFICINA | DOCUMENTO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| DURAN SEGUROS LTDA | 9783 | 004 | 13898365 |

| TOMADOR | NIT |
|---|---|
| CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S | 9002173439 |

| ASEGURADO | NIT |
|---|---|
| CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S Y/o NUEVA E.P.S. S.A.NIT;900156264-2 | 9002173439 |

| BENEFICIARIO |
|---|
| TERCEROS AFECTADOS |

| DIRECCIÓN DE COBRO | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 14 # 20 53 | SINCELEJO | 2807603 |

| DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO | CIUDAD | DEPARTAMENTO | DESCRIPCIÓN DEL SECTOR |
|---|---|---|---|
| CL 14 # 20 53 | SINCELEJO | SUCRE | SECTOR SERVICIOS |

| ACTIVIDAD | CODIGO ACTIVIDAD |
|---|---|
| HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES | 9 - 153 |

| DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO | RIESGO No |
|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS | 1 |

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

| COBERTURA | VLR. ASEGURADO | VLR. MOVIMIENTO | % ÍNDICE VARIABLE | PRIMA | I.V.A | PRIMA + IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| * BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 | 0 | 7.921.362 | 1.505.059 | 9.426.421 |
| * RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS PATRONAL | 300.000.000 | 0 | 0 | 455.940 | 86.629 | 542.569 |
| * RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS ASISTENCIA PROCESO PENAL | 50.000.000 | 0 | 0 | 450.000 | 85.500 | 535.500 |

| VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO HASTA | NÚMERO DÍAS | PRIMA | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|
| 28-SEP-2023 | 28-SEP-2024 | 365 | $8.827.302 | $1.677.187 | $10.504.489 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
DIEZ MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/L

| VIGENCIA DEL SEGURO DESDE | VIGENCIA DEL SEGURO HASTA | NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES | VALOR ASEGURADO | VALOR INDICE VARIABLE | TOTAL VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 28-SEP-2023 | 28-SEP-2024 | 1 | $1.000.000.000,00 | $0,00 | $1.000.000.000,00 |

DOCUMENTO DE:
RENOVACION DE POLIZA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DELCONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL 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 CONTRATOY DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
ELPRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-053 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUME

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|
| 013 | RC4 | 004 | 981602 | 05 | PESO COLOMBIANO |

| COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|
| DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

| CÓDIGO | NOMBRE DEL ASESOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 9783 | DURAN SEGUROS LTDA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA | AGENCIAS | 100,00 | 8.827.302 |

| FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA | TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD | TIPO DE DOCUMENTO | RAMO AL CUAL PERTENECE | IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA |
|---|---|---|---|---|
| 01/06/2009 | 13 - 18 | P | 12 | F-01-13-053 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CL 25 # 23A - 133
SINCELEJO

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

Certificado individual

suramericana

| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN | | | PÓLIZA NÚMERO |
|---|---|---|---|
| SINCELEJO, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | | | 0183985-4/ |
| INTERMEDIARIO | CÓDIGO | OFICINA | DOCUMENTO NÚMERO |
| DURAN SEGUROS LTDA | 9783 | 004 | 13898365 |

| TOMADOR Y ASEGURADO | NIT |
|---|---|
| CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S | 9002173439 |
| BENEFICIARIO | |
| TERCEROS AFECTADOS | |

| DIRECCIÓN DE COBRO | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 14 # 20 53 | SINCELEJO | 2807603 |

| DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO | CIUDAD | DEPARTAMENTO | DESCRIPCIÓN DEL SECTOR |
|---|---|---|---|
| CL 14 # 20 53 | SINCELEJO | SUCRE | SECTOR SERVICIOS |

| ACTIVIDAD | CODIGO ACTIVIDAD |
|---|---|
| HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES | 9 – 15 |
| DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO | RIESGO No |
| PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS | 1 |

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

| COBERTURA | VLR. ASEGURADO | VLR. MOVIMIENTO | % ÍNDICE VARIABLE | PRIMA | I.V.A | PRIMA + IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 | 0 | 7.921.362 | 1.505.059 | 9.426.421 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS PATRONA | 300.000.000 | 0 | 0 | 455.940 | 86.629 | 542.569 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS ASISTEN | 50.000.000 | 0 | 0 | 450.000 | 85.500 | 535.500 |

| VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE | HASTA | NÚMERO DÍAS | PRIMA DEL RIESGO | IVA DEL RIESGO | TOTAL DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|
| 28-SEP-2023 | 28-SEP-2024 | 365 | $8.827.302 | $1.677.187 | $10.504.489 |

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS

DIEZ MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/L

| VIGENCIA DEL SEGURO DESDE | HASTA | NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES | VALOR ASEGURADO | VALOR INDICE VARIABLE | TOTAL VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 28-SEP-2023 | 28-SEP-2024 | | $1.000.000.000,00 | $0,00 | $1.000.000.000,00 |

| DOCUMENTO DE: | VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE | HASTA |
|---|---|---|
| RENOVACION DE POLIZA | No aplica | 28-SEP-2024 |

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS: 10% de la pérdida, mínimo COL$ 4000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS PATRONAL: 10% de la pérdida, mínimo COL$ 4000000.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS ASISTENCIA PROCESO PENAL: 10% de la pérdida, mínimo COL$ 4000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CL 25 # 23A – 133
SINCELEJO

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN