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 DIE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	ANEXO CAUSA PRIMA	85-03-101003996	7

TOMADOR **CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S** NIT **802.014.564-2**

DIRECCION **CR 51 B NRO. 96 A - 113** CIUDAD **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELEFONO **3577620**

ASEGURADO **CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S** NIT **802.014.564-2**

DIRECCION **CR 51 B NRO. 96 A - 113** CIUDAD **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELEFONO **3577620**

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)
13 / 02 / 2025	07 / 11 / 2024	07 / 11 / 2025	12 / 02 / 2025	07 / 11 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MYS ASESORES ASOCIADOS Y CIA LTDA	184581	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 55,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 55,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			**$ 10,000,000.00**
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 55,000,000.00**

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 - $ 5,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *********5,000,000.00	PRIMA:	$ ***********103,671.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************19,697.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********123,368.00

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: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11013609921411(3900)000000123368(96)20250329

REFERENCIA PAGO:

1101360992141-1

85-03-101003996

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

YAMILEMANOTAS

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.
BARRANQUILLA	ANEXO CAUSA PRIMA	85-03-101003996	7

TOMADOR	CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S			NIT	802.014.564-2
DIRECCION	CR 51 B NRO. 96 A - 113	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3577620
ASEGURADO	CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S			NIT	802.014.564-2
DIRECCION	CR 51 B NRO. 96 A - 113	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3577620
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE HACE AUMENTO DE VALOR ASEGURADO HASTA LA SUMA DE $ 55.000.000, LO ANTERIOR SEGUN SOLICITUD DEL TOMADOR.
/
DEMAS SIN MODIFICAR