



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT, 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLINICAS Y HOSPITALES**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA	SUCURSAL BARRANQUILLA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 85-03-101003996	ANEXO No. 1
TOMADOR CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S			NIT	802.014.564-2
DIRECCION CRA 51 B NO. 96A-113			CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
DIRECCION CRA 51 B NO. 96A-113			TELEFONO	3577620
ASEGURADO CENTRO MEDICO CLINICA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA S.A.S			NIT	802.014.564-2
DIRECCION CRA 51 B NO. 96A-113			CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
DIRECCION CRA 51 B NO. 96A-113			TELEFONO	3575814
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 12 / 11 / 2019	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 11 / 2019 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 11 / 2020		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 11 / 2019 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 11 / 2020	
INTERMEDIARIO MYS ASESORES ASOCIADOS Y CIA LTDA	CLAVE 184581	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION
INFORMACION DEL RIESGO				
RIESGO: 1				
ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES				
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES	\$ 50,000,000.00		
		\$ 50,000,000.00		
DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES				
OBJETO DE LA POLIZA:				
TOTAL SUMA ASEGURADA:		\$ *****50,000,000.00	PRIMA:	
PLAN DE PAGO: CONTADO			\$ *****438,171.00	
			IVA:	
			\$ *****83,252.00	
			TOTAL A PAGAR:	
			\$ *****521,423.00	

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 DÍAS 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 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11013607408441 (3900) 000000521423 (96) 20191222

REFERENCIA
PAGO:
1101360740844-1

85-03-101003996

FIRMA AUTORIZADA

GUSTAVOCUELLO

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA • NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO • RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN