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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO CAUSA PRIMA	25-03-101013518	1

TOMADOR	**DERLY ARCINIEGAS BONILLA**			CC	**39.568.811**
DIRECCION	**MZ 15 CS 40**	CIUDAD	**GIRARDOT, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3057762222**
ASEGURADO	**DERLY ARCINIEGAS BONILLA**			CC	**39.568.811**
DIRECCION	**MZ 15 CS 40**	CIUDAD	**GIRARDOT, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3057762222**
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)
19 / 03 / 2026	**13 / 03 / 2026**	**13 / 03 / 2027**	**13 / 03 / 2026**	**13 / 03 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SEGUROS OLGA MARINA VALENCIA LTDA	215280	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: BACTERIOLOGIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 350,181,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 350,181,000.00**		

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,181,000.00	PRIMA:	$ **********130,932.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********24,877.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********155,809.00

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 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005611725421(3900)000000155809(96)20260427

REFERENCIA PAGO:
1100561172542-1

25-03-101013518

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DANIELLOPEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO CAUSA PRIMA	25-03-101013518	1

TOMADOR	**DERLY ARCINIEGAS BONILLA**			CC	**39.568.811**
DIRECCION	**MZ 15 CS 40**	CIUDAD	**GIRARDOT, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3057762222**
ASEGURADO	**DERLY ARCINIEGAS BONILLA**			CC	**39.568.811**
DIRECCION	**MZ 15 CS 40**	CIUDAD	**GIRARDOT, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3057762222**
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)
19 / 03 / 2026	**13 / 03 / 2026**	**13 / 03 / 2027**	**13 / 03 / 2026**	**13 / 03 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SEGUROS OLGA MARINA VALENCIA LTDA CLIENTE	215280	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,181,000.00	PRIMA:	$ **********130,932.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********24,877.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********155,809.00

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.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11005611725421(3900)000000155809(96)20260427

REFERENCIA PAGO:

1100561172542-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO CAUSA PRIMA	25-03-101013518	1

TOMADOR	DERLY ARCINIEGAS BONILLA			CC	39.568.811
DIRECCION	MZ 15 CS 40	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3057762222
ASEGURADO	DERLY ARCINIEGAS BONILLA			CC	39.568.811
DIRECCION	MZ 15 CS 40	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3057762222
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AUMENTO DE VALOR ASEGURADO A 350.181.000 CORRERSPONDIENTES A 200 SALARIOS MINIMOS DEL 2026 A SOLICITUD DEL ASEGURADO.
LAS DEMAS CONDICIONES PERMANECEN IGUAL