

**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE OCURRENCIA

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	Poliza No. 62-03-101074107	Anexo No. 0
Tomador SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE		NIT 860.020.082-1		
Dirección CR 15 A NRO. 120 - 74		Ciudad BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	Teléfono 6196077	
Asegurado INGRID YULIETH ÑÁÑEZ URBANO		Ciudad COLÓN, PUTUMAYO	CC 1.124.314.986	
Dirección CL 4 NRO. 4 - 44			Teléfono 3212496148	
Beneficiario TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
Fecha de Expedición (3-M-3) 25 / 06 / 2025	Vigencia Seguro Desde las 24 horas (3-M-3) 20 / 06 / 2025		Vigencia Anexo Desde las 24 horas (3-M-3) 20 / 06 / 2025	
Intermediario AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA		Clave 72960	% Participación 100.00	Compañía COASEGURO CEDIDO
				% Participación

INFORMACION DEL RIESGO

Riesgo: 1

Actividad: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 0.00		\$ 80,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 400,000,000.00	\$ 400,000,000.00
DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD			

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****400,000,000.00	PRIMA:	\$ *****267,630.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****50,849.00
		TOTAL PAGAR:	\$ *****318,480.00

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 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.00000000E.RC.001A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709990021167 (8020) 11021103563041 (3900) 000000318480 (96) 20260620

REFERENCIA
PAGO:

1102110356304-1

62-03-101074107

Firma Autorizada

CLARASANABRIA

CLIENTE

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

Tomador