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.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO CAUSA PRIMA	18-03-101003502	2

TOMADOR	**CX VISION SAS**			NIT	**900.980.200-5**
DIRECCION	**CARRERA 1 F # 39 - 76**	CIUDAD	**TUNJA, BOYACA**	TELEFONO	**3144149605**
ASEGURADO	**CX VISION SAS**			NIT	**900.980.200-5**
DIRECCION	**CARRERA 1 F # 39 - 76**	CIUDAD	**TUNJA, BOYACA**	TELEFONO	**3144149605**
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)
22 / 04 / 2026	**16 / 04 / 2026**	**16 / 04 / 2027**	**16 / 04 / 2026**	**16 / 04 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
2VR ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	154009	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 350,181,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 350,181,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			**$ 70,036,200.00**
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 350,181,000.00**

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******150,181,000.00	PRIMA:	$ **********842,258.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********160,029.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,002,287.00

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: CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

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)11003613541805(3900)000001002287(96)20260531

REFERENCIA PAGO:
1100361354180-5

18-03-101003502

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

SERGIOORTIZ

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 DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO CAUSA PRIMA	18-03-101003502	2

TOMADOR	**CX VISION SAS**			NIT	**900.980.200-5**
DIRECCION	**CARRERA 1 F # 39 - 76**	CIUDAD	**TUNJA, BOYACA**	TELEFONO	**3144149605**
ASEGURADO	**CX VISION SAS**			NIT	**900.980.200-5**
DIRECCION	**CARRERA 1 F # 39 - 76**	CIUDAD	**TUNJA, BOYACA**	TELEFONO	**3144149605**
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)
22 / 04 / 2026	**16 / 04 / 2026**	**16 / 04 / 2027**	**16 / 04 / 2026**	**16 / 04 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
2VR ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	154009	100.00
CLIENTE		

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******150,181,000.00	PRIMA:	$ **********842,258.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********160,029.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,002,287.00

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.

CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

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

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

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11003613541805 (3900) 000001002287 (96) 20260531

REFERENCIA PAGO:
1100361354180-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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.
CHICO	ANEXO CAUSA PRIMA	18-03-101003502	2

TOMADOR	CX VISION SAS			NIT	900.980.200-5
DIRECCION	CARRERA 1 F # 39 - 76	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3144149605
ASEGURADO	CX VISION SAS			NIT	900.980.200-5
DIRECCION	CARRERA 1 F # 39 - 76	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3144149605
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AJUSTE AL VALOR ASEGURADO QUEDANDO COMO NUEVO VALOR ASEGURADO $350.181.000 (200 SMMLV)

POR LO ANTERIOR SE COBRA LA SUMA DE $1,002,287.02 DE PRIMA E IVA

TOMADOR: CX VISION SAS NIT: 900980200

ASEGURADO: CX VISION SAS NIT: 900980200

ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO: ADICIONAL: LA POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

NUMERO DE CONTRATO NO. 81-7-20059-26

OBJETO DEL CONTRATO

LA PRESTACION DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIAY OTRAS ESPECIALIZADES, (CONSULTA MEDICA ESPECIALIZAD, SUBESPECIALIDADES DE LA OFTALMOLOGIA, AYUDAS DIAGNOSTICASY PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD) INCLUYE PROCEDIMIENTOS INTEGRALES DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS), PARA LOS USURIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA, PERTENECCIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD NO. 1

LOS DEMAS TEMRINOS Y CONDICIONES OTORGADOS CON LA PRESENTE POLIZA NO SE MODIFICAN Y CONTINUAN VIGENTES.