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.
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	ANEXO CAUSA PRIMA	96-03-101009283	6

TOMADOR **FUNDACION VER SIN FRONTERAS** NIT **900.707.850-4**
DIRECCION **CL 44 NRO. 37 - 37** CIUDAD **BUCARAMANGA, SANTANDER** TELEFONO **6960306**

ASEGURADO **FUNDACION VER SIN FRONTERAS** NIT **900.707.850-4**
DIRECCION **CL 44 NRO. 37 - 37** CIUDAD **BUCARAMANGA, SANTANDER** TELEFONO **6960306**

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)
21 / 08 / 2025	30 / 05 / 2025	30 / 05 / 2026	19 / 08 / 2025	30 / 05 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS VARGAS NARVAEZ L	245632	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 600,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 600,000,000.00**		
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 600,000,000.00**

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********698,500.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********132,715.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********831,215.00

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 44 NO 36-08, TELÉFONO 6578486 - BUCARAMANGA

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)11014113530639(3900)000000831215(96)20251003

REFERENCIA PAGO:
1101411353063-9

96-03-101009283

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

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.
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	ANEXO CAUSA PRIMA	96-03-101009283	6

TOMADOR	FUNDACION VER SIN FRONTERAS			NIT	900.707.850-4
DIRECCION	CL 44 NRO. 37 - 37	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER	TELEFONO	6960306
ASEGURADO	FUNDACION VER SIN FRONTERAS			NIT	900.707.850-4
DIRECCION	CL 44 NRO. 37 - 37	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER	TELEFONO	6960306
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)
21 / 08 / 2025	30 / 05 / 2025	30 / 05 / 2026	19 / 08 / 2025	30 / 05 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS VARGAS NARVAEZ L CLIENTE	245632	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:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********698,500.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********132,715.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********831,215.00

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 44 NO 36-08, TELÉFONO 6578486 - BUCARAMANGA

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)11014113530639(3900)000000831215(96)20251003

REFERENCIA PAGO:

1101411353063-9

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.
BUCARAMANGA	ANEXO CAUSA PRIMA	96-03-101009283	6

TOMADOR	FUNDACION VER SIN FRONTERAS			NIT	900.707.850-4
DIRECCION	CL 44 NRO. 37 - 37	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER	TELEFONO	6960306
ASEGURADO	FUNDACION VER SIN FRONTERAS			NIT	900.707.850-4
DIRECCION	CL 44 NRO. 37 - 37	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER	TELEFONO	6960306
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA VALOR ASEGURADO SEGUN SOLICITUD:

VALOR ASEGURADO : $ 600.000.000

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS BAJO EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN VIGENTES.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 59899498

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	21/08/2025	245632	AGENCIA DE SEGUROS VARGAS NARVAEZ LTDA

Tomador:	FUNDACION VER SIN FRONTERAS	**NIT/CC** 900707850
Suma de:	OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE.******	
Pagador:	FUNDACION VER SIN FRONTERAS	**NIT/CC** 900707850
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #125214854	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
96-BUCARAMANGA-3-R. C. PROFESIONAL-101009283-6-1	$698.500,00	$0,00	$132.715,00	$0,00	$831.215,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$831.215,00

Forma de pago

AHORRO	**Ahorro:**	$831.215,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$0,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 17450514	**Total:**	**$831.215,00**
	Cajero:	PAGUESTADO