SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	ANEXO DE RENOVACION	33-03-101021435	5

TOMADOR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. NIT 900.959.048-4

DIRECCION CL 9 NRO. 39 - 46 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 7764038

ASEGURADO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. NIT 900.959.048-4

DIRECCION CL 9 NRO. 39 - 46 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 7764038

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
31 / 01 / 2020	19 / 02 / 2020	19 / 08 / 2020	19 / 02 / 2020	19 / 08 / 2020

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA	38716	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,550,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 2,550,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,550,000,000.00	PRIMA:	$ *******260,341,027.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********49,464,795.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******309,805,822.00

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 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTA, D.C.

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A. SUCURSAL CALLE 100 CARRERA 45A NO. 102A - 34 TEL: 611 5288 - 610 8441 FAX: 651 1218 BUZON 23228

33-03-101021435

FIRMA AUTORIZADA

(415)7709998021167(8020)1100661338468 1(3900)000309805822(96)20200404

REFERENCIA PAGO: 1100661338468-1

CLIENTE

TOMADOR

LINACASTELLANOS

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA - NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO - RESPONSABLE IVA REGIMEN COMUN

PUNICA 01

RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1