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 PRORROGA	33-03-101021435	11

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	7560505
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)
25 / 11 / 2020	19 / 08 / 2020	31 / 01 / 2021	25 / 11 / 2020	31 / 01 / 2021

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:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

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.06.0000060E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

33-03-101021435

FIRMA AUTORIZADA

JAIMEGOMEZ

CLIENTE

FIRMA TOMADOR

PUNICA 01

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

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 PRORROGA	33-03-101021435	11

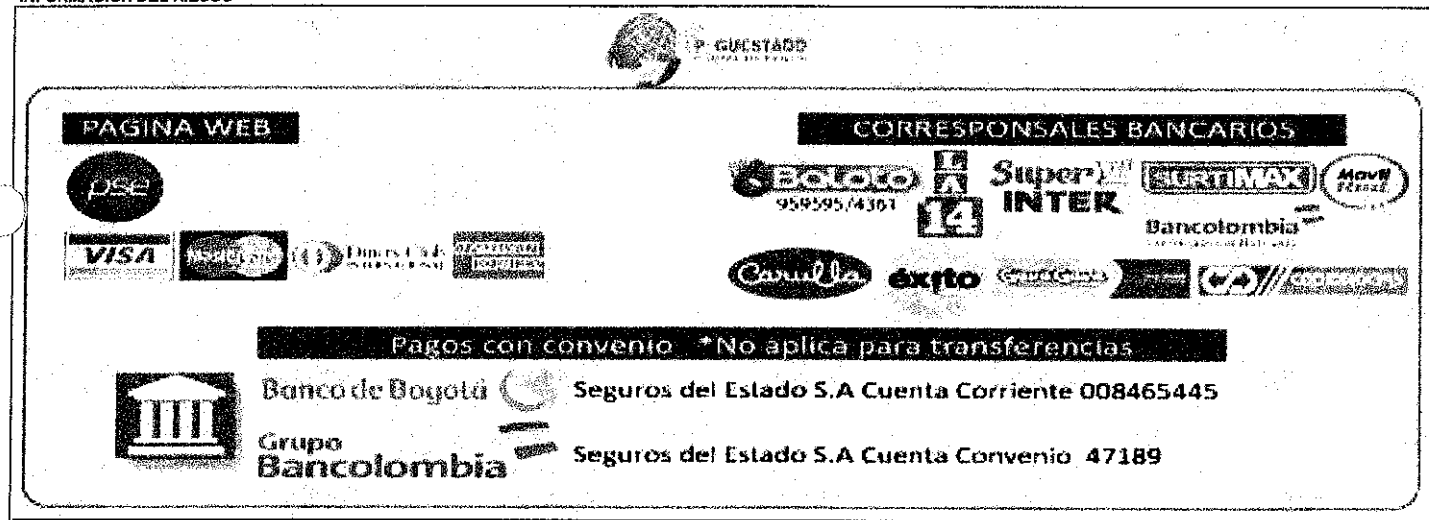
TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.			NIT	900.959.048-4
DIRECCION	CL 9 NRO. 39 - 46	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7764038
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.			NIT	900.959.048-4
DIRECCION	CL 9 NRO. 39 - 46	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7560505
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)
25 / 11 / 2020	19 / 08 / 2020	31 / 01 / 2021	25 / 11 / 2020	31 / 01 / 2021

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA CLIENTE	38716	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,550,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

PUNICA 01

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 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.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

RAMIREZ Impresores S.A.S. PBX: 3110285 Nit. 860.350.626-1

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.
CALLE 100	ANEXO DE PRORROGA	33-03-101021435	11

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	7560505
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE HACE CONSTAR POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE ESTE SE EMITE A SOLICITUD DEL ASEGURADO A EFECTOS DE PRORROGAR LA POLIZA EN LA VIGENCIA DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2.020 Y HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31 DE ENERO DE 2.021 (67 DIAS).

EL COBRO DE PRIMA SE EFECTUARA EN ANEXO POSTERIOR

TODOS LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN VIGENTES SIN MODIFICACION ALGUNA.

PUNICA 01

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

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 CAUSA PRIMA	33-03-101021435	12

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	7560505
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)
25 / 11 / 2020	19 / 08 / 2020	31 / 01 / 2021	25 / 11 / 2020	31 / 01 / 2021

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:	$ **********0.00	PRIMA:	$ ********98,576,780.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********18,729,588.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******117,306,368.00

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.08.0000009E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100661456162 9(3900)000117306368(96)20210109

REFERENCIA PAGO:
1100661456162-9

33-03-101021435

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIMEGOMEZ

PUNICA 01

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

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 CAUSA PRIMA	33-03-101021435	12

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	7560505
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)
25 / 11 / 2020	19 / 08 / 2020	31 / 01 / 2021	25 / 11 / 2020	31 / 01 / 2021

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA CLIENTE	38716	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO





TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ **********0.00	PRIMA:	$ ********98,576,780.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********18,729,588.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******117,306,368.00

PUNICA 01

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 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.06.0000006E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100661456162 9(3900)000117306368(96)20210109

REFERENCIA PAGO: 1100661456162-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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

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.
CALLE 100	ANEXO CAUSA PRIMA	33-03-101021435	12

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	7560505
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE HACE CONSTAR POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE ESTE SE EMITE A SOLICITUD DEL ASEGURADO A EFECTOS DE PRORROGAR LA POLIZA EN LA VIGENCIA DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2.020 Y HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31 DE ENERO DE 2.021 (67 DIAS).

EN VIRTUD DE LO ANTERIOR SE COBRA LA SUMA INDICADA POR CONCEPTO DE PRIMA E IMPOVENTAS.

TODOS LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN VIGENTES SIN MODIFICACION ALGUNA.

PUNICA 01

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