SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-02-101018894	0

TOMADOR	**CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS**			NIT	**890.801.495-9**
DIRECCION	**CALLE 72 N.28-20**	CIUDAD	**MANIZALES, CALDAS**	TELEFONO	**8870448**
ASEGURADO	**CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS**			NIT	**890.801.495-9**
DIRECCION	**CALLE 72 N.28-20**	CIUDAD	**MANIZALES, CALDAS**	TELEFONO	**8870448**
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 / 05 / 2026	15 / 05 / 2026	15 / 05 / 2027	15 / 05 / 2026	15 / 05 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS CENTROSEGUROS LI	4071	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES / OFICIALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 0.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE	$ 0.00		
	GASTOS MÉDICOS HUMANITARIOS RCE			$ 0.00
	GASTO DE DEFENSA RCE			$ 0.00
	BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE			$ 0.00
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS RCE			$ 0.00
	PARQUEADEROS RCE			$ 0.00
	PRODUCTOS RCE			$ 0.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE			$ 0.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE			$ 0.00
	VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE			$ 0.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE/ PRODUCTOS RCE ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTO DE DEFENSA RCE ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE ° 8.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 0.50 SMMLV en CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS RCE/ PARQUEADEROS RCE/ RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE/RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE/VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ **********0.00	PRIMA:	$ **********819,221.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********155,652.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********974,873.00

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 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005141914115(3900)000000974873(96)20260629

REFERENCIA PAGO:
1100514191411-5

21-02-101018894

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIRORTIZ

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-02-101018894	0

TOMADOR	CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS			NIT	890.801.495-9
DIRECCION	CALLE 72 N.28-20	CIUDAD	MANIZALES, CALDAS	TELEFONO	8870448
ASEGURADO	CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS			NIT	890.801.495-9
DIRECCION	CALLE 72 N.28-20	CIUDAD	MANIZALES, CALDAS	TELEFONO	8870448
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

OBJETO DE LA POLIZA

OBJETO DE LA POLIZA:

LA PRESENTE REEMPLAZA LA POLIZA 101018864 EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES POR ERROR DE EMISION.
CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS MANIZALES POLIZA 101018894
CON LA PRESENTE POLIZA Y DE CONFORMIDAD CON LA DISTRIBUCION DE PRIMAS REALIZADA POR ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS CON NIT 860.019.014-7 SE GENERA EL COBRO DE LA PRIMA A CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS MANIZALES CON NIT 890.801.495-9 POR EL VALOR DE COP $ 819,221.01 ANTES DE IVA.
LOS MOVIMIENTOS RELACIONADOS CON VALOR ASEGURADO Y SINIESTRALIDAD EN LA QUE INCURRA EL GRUPO SERAN REALIZADOS BAJO LA POLIZA 101018890 A NOMBRE DE ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS CON NIT 860.019.014-7.
EL COBRO DE PRIMAS SE REALIZARA DE CONFORMIDAD CON LA DISTIBUCION DE PRIMAS REALIZADAS PARA LOS ASEGURADOS DEL GRUPO BAJO LAS SIGUIENTES POLIZAS

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-02-101018894	0

TOMADOR	CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS			NIT	890.801.495-9
DIRECCION	CALLE 72 N.28-20	CIUDAD	MANIZALES, CALDAS	TELEFONO	8870448
ASEGURADO	CLINICA PSIQUIATRICA SAN JUAN DE DIOS			NIT	890.801.495-9
DIRECCION	CALLE 72 N.28-20	CIUDAD	MANIZALES, CALDAS	TELEFONO	8870448
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)
21 / 05 / 2026	15 / 05 / 2026	15 / 05 / 2027	15 / 05 / 2026	15 / 05 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS CENTROSEGUROS LI CLIENTE	4071	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIIRED · Gana Gana · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá · Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ **********0.00	PRIMA:	$ **********819,221.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********155,652.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********974,873.00

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 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11005141914115(3900)000000974873(96)20260629

REFERENCIA PAGO:
1100514191411-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE