SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	PÓLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CORREDORES	EMISION ORIGINAL	17-03-101002388	0

TOMADOR	GISELA BRAND VEGA			CC	1.024.572.096
DIRECCION	CL 46 NRO. 72 I - 53 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3134561943
ASEGURADO	GISELA BRAND VEGA			CC	1.024.572.096
DIRECCION	CL 46 NRO. 72 I - 53 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3134561943
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)
23 / 12 / 2019	19 / 12 / 2019	19 / 12 / 2020	19 / 12 / 2019	19 / 12 / 2020

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ANGELICA LORENA OPAYOME RODRIGUEZ	112351	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: FISIOTERAPEUTA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 90,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 90,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL ASEGURADO COMO FISIOTERAPEUTA

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,000,000.00	PRIMA:	$ **********76,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********14,440.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********90,440.00

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 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100310720523 2(3900)000000090440(96)20200202

REFERENCIA PAGO: 1100310720523-2

17-03-101002388

FIRMA AUTORIZADA

Gisela Brand Vega

TOMADOR

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 93 - 28 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

MARIACASTRO

1

CONTENIDO EN VALERIE A UNA FACTURA • NO EFECTUAR RETENCIÓN A LA FUENTE POR NINGÚN CONCEPTO • RESPONSABLE DE IVA RÉGIMEN COMÚN

Scanned with CamScanner