SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONAL DE LA SALUD - PLAN SEMILLA COMEDAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101083600	0

TOMADOR **COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA** NIT **890.905.574-1**

DIRECCION **CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15** CIUDAD **MEDELLIN, ANTIOQUIA** TELEFONO **4197284**

ASEGURADO **NAYDU ADRIANA LEMOS CORTES** CC **1.006.108.082**

DIRECCION **CL 45 A NRO. 120 - 78** CIUDAD **CALI, VALLE** TELEFONO **3183847593**

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)
27 / 05 / 2026	30 / 06 / 2026	30 / 06 / 2027	30 / 06 / 2026	30 / 06 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 700,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 700,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******700,000,000.00	PRIMA:	$ **********181,513.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 12 M		IVA:	$ **********34,487.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********216,000.00

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 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 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11012621415686(3900)000000216000(96)20270630

REFERENCIA PAGO:

1101262141568-6

65-03-101083600

FIRMA AUTORIZADA

JONATHANPARRA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONAL DE LA SALUD - PLAN SEMILLA COMEDAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101083600	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	NAYDU ADRIANA LEMOS CORTES			CC	1.006.108.082
DIRECCION	CL 45 A NRO. 120 - 78	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	3183847593
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

DETALLE DE CUOTAS

NO DE CUOTA	FEC VENCIMIENTO	PRIMA NETA	IVA	TOTAL A PAGAR
1	30/06/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
2	30/07/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
3	30/08/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
4	30/09/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
5	30/10/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
6	30/11/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
7	30/12/2026	15,120.03	2,873.96	17,993.99
8	30/01/2027	15,120.03	2,873.96	17,993.99
9	28/02/2027	15,120.03	2,873.96	17,993.99
10	30/03/2027	15,120.03	2,873.96	17,993.99
11	30/04/2027	15,120.03	2,873.96	17,993.99
12	30/05/2027	15,192.67	2,873.96	18,066.63