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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	PÓLIZA NO.	ANEXO NO.
IBAGUE	IBAGUE	EMISIÓN ORIGINAL	25-03-500000123	0

TOMADOR	GERSON ARMANDO MURILLO DEVIA			CC	10185255
DIRECCIÓN	CALLE 7 NO 6 35	CIUDAD	LA DORADA	TELÉFONO:	3104634213
ASEGURADO	GERSON ARMANDO MURILLO DEVIA			CC	10185255
DIRECCIÓN	CALLE 7 NO 6 35	CIUDAD	LA DORADA	TELÉFONO	3104634213
BENEFICIARIO	TERCEROS O AFECTADOS DE LEY				

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
(D-M-A)	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 / 10 / 2026	21 / 10 / 2026	21 / 10 / 2027	21 / 10 / 2026	21 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACIÓN
PREVER SIMMONDS Y CIA LTDA PROFESIONALES DE SEGUROS.	1-18506	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACIÓN

INFORMACIÓN DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: CIRUJANO GENERAL

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLÍMITE
Perjuicio patrimonial	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD THOT	$ 720,000,000.00	–	–
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT	–	–	$ 216,000,000.00

LIMITE POR EVENTO GASTOS: $ 25,000,000.00

DEDUCIBLES:

ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD THOT: 10% - Min 1 SMMLV

GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ 720,000,000.00	**PRIMA:**	$ 582,526.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		**IVA:**	$ 110,680.00
		TOTAL A PAGAR:	$ 693,206.00

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: CARRERA 4C NO. 33 - 08, IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29/07/2022 – 1329 – P – 06 – 0000000E-RC-001A- D00I, D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021150(8020)21005000001231(3900)0000693206(96)20271021

REFERENCIA PAGO: 11500000123-0

FIRMA AUTORIZADA | **CLIENTE** | **TOMADOR**

EMISIONTHOT