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	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101002328	11

TOMADOR **CAMILO ANDRES RESTREPO RUGELES** CC **9.739.984**

DIRECCION **CL 41 NRO. 5 - 15** CIUDAD **LA DORADA, CALDAS** TELEFONO **3205443806**

ASEGURADO **CAMILO ANDRES RESTREPO RUGELES** CC **9.739.984**

DIRECCION **CL 41 NRO. 5 - 15** CIUDAD **LA DORADA, CALDAS** TELEFONO **3205443806**

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 / 09 / 2026	29 / 09 / 2026	29 / 09 / 2027	29 / 09 / 2026	29 / 09 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
OLGA PINZON PARRA	163797	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 450,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 450,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 135,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 25,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******450,000,000.00	PRIMA:	$ **********319,333.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********60,673.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********380,006.00

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 4C NO. 33 - 08; TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

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)11005611988871(3900)000000380006(96)20261113

REFERENCIA PAGO:
1100561198887-1

25-03-101002328

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Camilo A. Restrepo

TOMADOR

YENSYBUENO