SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	ANEXO DE RENOVACION	21-03-101010651	3

TOMADOR	**JAVIER ENRIQUE VARGAS GOMEZ**			CC	**79.566.356**
DIRECCION	**CR 69 B NRO. 8 - 25**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT**	TELEFONO	**3183129209**
ASEGURADO	**JAVIER ENRIQUE VARGAS GOMEZ**			CC	**79.566.356**
DIRECCION	**CR 69 B NRO. 8 - 25**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL**	TELEFONO	**3183129209**
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)
13 / 01 / 2021	**13 / 12 / 2020**	**13 / 12 / 2021**	**13 / 12 / 2020**	**13 / 12 / 2021**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
GUILLERMO RUIZ CLIENTE	112508	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********91,000,000.00	PRIMA:	$ **********75,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********14,250.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********89,250.00

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 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11005126098711(3900)000000089250(96)20210127

REFERENCIA PAGO:

1100512609871-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE