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.
CALI	CALI	ANEXO NO CAUSA PRIMA	45-03-101011421	14

TOMADOR	**ANABELLE CUELLO PEDROZO**			CC	**1.082.967.331**
DIRECCION	**CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202**	CIUDAD	**YUMBO, VALLE**	TELEFONO	**4235341**
ASEGURADO	**ANABELLE CUELLO PEDROZO**			CC	**1.082.967.331**
DIRECCION	**CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202**	CIUDAD	**YUMBO, VALLE**	TELEFONO	**4235341**
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)
07 / 10 / 2019	**05 / 10 / 2019**	**05 / 10 / 2020**	**05 / 10 / 2019**	**05 / 10 / 2020**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 300,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES	**$ 300,000,000.00**		

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ ******************0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ******************0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ******************0.00

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 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

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

A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO

45-03-101011421

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA • NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO • RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN

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.
CALI	CALI	ANEXO NO CAUSA PRIMA	45-03-101011421	14

TOMADOR	ANABELLE CUELLO PEDROZO			CC	1.082.967.331
DIRECCION	CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202	CIUDAD	YUMBO, VALLE	TELEFONO	4235341
ASEGURADO	ANABELLE CUELLO PEDROZO			CC	1.082.967.331
DIRECCION	CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202	CIUDAD	YUMBO, VALLE	TELEFONO	4235341
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)
07 / 10 / 2019	05 / 10 / 2019	05 / 10 / 2020	05 / 10 / 2019	05 / 10 / 2020

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA CLIENTE	164219	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard Diners Club International American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Codiprogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *****************0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *****************0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *****************0.00

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 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA • NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO • RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO NO CAUSA PRIMA	45-03-101011421	14

TOMADOR	ANABELLE CUELLO PEDROZO			CC	1.082.967.331
DIRECCION	CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202	CIUDAD	YUMBO, VALLE	TELEFONO	4235341
ASEGURADO	ANABELLE CUELLO PEDROZO			CC	1.082.967.331
DIRECCION	CR 10 NRO. 10 - 40 AP 202	CIUDAD	YUMBO, VALLE	TELEFONO	4235341
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

.
.
- MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE EFECTUA LA SIGUIENTE ACLARACION A LA POLIZA ARRIBA INDICADA:
.
TOMADOR / ASEGURADO: ANABELLE CUELLO PEDROZO CC.1082967331
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E. DE ACUERDO A CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. GGH-008-003-335-2019.
.
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICO GENERAL
.
SUMA ASEGURADA:.....$300.000.000=
.
DEMAS CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR
.
EL ANTERIOR MOVIMIENTO NO GENERA COBRO DE PRIMA
.