

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
8751146732

PÓLIZA No: 875 -88 - 994000000011 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA				COD. AGE: 875		RAMO: 88		PAP:			
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	08	2021	13	08	2021	13	10	2021	61	19	02
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
			A LAS			A LAS			DÍAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA		VIGENCIA DEL ANEXO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
				13	08	2021	23:59	13	10	2021	23:59	61
				VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS		

DATOS DEL TOMADOR		IDENTIFICACIÓN: NIT		900.759.454-3	
NOMBRE: DENTIX COLOMBIA S.A.S.		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 6016340555	
DIRECCIÓN: AV CL 72 12 69					

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN: NIT		900.759.454-3	
ASEGURADO: DENTIX COLOMBIA S.A.S.		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 6016340555	
DIRECCIÓN: AV CL 72 12 69					
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT		001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.	
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL			
DIRECCIÓN: CARRERA 19 No. 89-36			
ACTIVIDAD: CLINICA			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,000,000,000.00	
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL			
BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****6,350,685	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****1,206,630	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,557,315
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	100.00		
		VALOR ASEGURADO		

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000875114673	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

C6DF25790C0EF87658

CLIENTE



ALCHITIVA 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA COD. AGENCIA: 875 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	DENTIX COLOMBIA S.A.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.759.454-3
ASEGURADO:	DENTIX COLOMBIA S.A.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.759.454-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR DOS MESES.
TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDCIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.