



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal CHAPINERO	Tipo de Movimiento ANEXO DE RENOVACION	Póliza No. 14-03-101000591	Anexo No. 24
TOMADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOASD SAS			NIT 830.099.212-1	
DIRECCIÓN CALLE 33 N. 14-37			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELÉFONO 3208400
ASEGURADO CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOASD SAS			NIT 830.099.212-1	
DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 33 NO. 14-37			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 2456296
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICIÓN (D-M-A) 25 / 01 / 2019	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 30 / 01 / 2019 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 30 / 01 / 2020		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 30 / 01 / 2019 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 30 / 01 / 2020	
INTERMEDIARIO LUIS MEDINA ALVAREZ	CLAVE 963488	% PARTICIPACIÓN 100.00	COMPañA COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACIÓN

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,014,442,100.00		
ERRORES U OMISIONES		\$ 1,014,442,100.00		

DEDUCIBLES: * 19.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,014,442,100.00	PRIMA:	\$ *****26,274,050.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****4,992,069.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****31,266,119.00

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS 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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57-67, TELÉFONO 2172417 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

LA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO VIGENCIA DE VIDA DEL ES
LA DEL ESTADO
DEL ESTADO
LA DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
14-03-101000591

FIRMA AUTORIZADA

LAURAVARGAS



(415) 7709998021167(8020)11002107821709(3900)000031266119(96)20190316

REFERENCIA
PAGO:
1100210782170-9

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 50 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2156377

TOMADOR