

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4207047095

PÓLIZA No: 420 -88 - 99400000012 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE			COD. AGE: 420			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
26	06	2019	20	06	2019	23:59	20	06	2020	23:59	366	24	11	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
						A LAS			A LAS			DÍAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
	20	06	2019	23:59	20	06	2020	23:59	366			
	VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E. - FLORIDA VALLE** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.055-7**

DIRECCIÓN: **CALLE 11 CARRERA 8 VIA AL PEDREGAL** CIUDAD: **FLORIDA, VALLE** TELÉFONO: **22642395**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E. - FLORIDA VALLE** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.055-7**

DIRECCIÓN: **CALLE 11 CARRERA 8 VIA AL PEDREGAL** CIUDAD: **FLORIDA, VALLE** TELÉFONO: **22642395**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE** CIUDAD: **FLORIDA**

DIRECCION: **CALLE 11 CON CARRERA 8 ESQUINA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 800,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		800,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		800,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		800,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		800,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		800,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		160,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***800,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****19,200,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ***3,650,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****22,865,850
--	--	---	-----------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RODRIGO MEDINA FIGUEROA	8087	100.00			

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)00000000007000420704709

FIRMA TOMADOR

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

CADA207F0B09FA7C5F CLIENTE JUCASTILLO 0

Ahor Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA