

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4207047095

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000012 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGE: **420**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
19 06 2020

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
20 06 2020 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
20 06 2021 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
24 11 2023

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
20 06 2020 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
20 06 2021 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
24 11 2023 365

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: \$ *****21,200,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****4,030,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****25,245,850
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	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

CADA207F0709F47E5F

CLIENTE



JUCASTILLO 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora 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