

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4301929198

PÓLIZA No: 430 -89 - 994000000296 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR			COD. AGE: 430			RAMO: 89			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
21	06	2019	10	05	2019	23:59	10	05	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			DIAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: REVOCACIÓN DE PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	10	05	2019	23:59	10	05	2020	23:59	366
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RICARDO MENDOZA DORADO** IDENTIFICACIÓN: CC **14.608.610**

DIRECCIÓN: **KR 62 C 9 50 LIMONAR B** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: *

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **RICARDO MENDOZA DORADO** IDENTIFICACIÓN: CC **14.608.610**

DIRECCIÓN: **KR 62 C 9 50 LIMONAR B** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: *

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE** CIUDAD: **CALI**

DIRECCION: **MENDOZA DORADO RICARDO**

ACTIVIDAD: **MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 0.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		0.00	
GASTOS DE DEFENSA		0.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(200,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ *****(-277,959)	GASTOS EXPEDICION: \$ ****-7,500.00	IVA: \$ ****(-54,237)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (339,697)
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
LAS TRES EMES LTDA	4164	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)00000000007000430192919

FIRMA TOMADOR

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

YCAICEDO 0

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