

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5606555885**

**PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>NEIVA</b>			COD. AGE: 560			RAMO: 80			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
19	11	2021	28	11	2021	23:59	31	12	2021	23:59	33	29	03	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>PRORROGA</b>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	28	11	2021	23:59	31	12	2021	23:59	33
	VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA** TELÉFONO: **84343509**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-93 BRR CONSOLATA** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA** TELÉFONO: **84343509**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA** NIT : **891180098**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETA** CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 1,000,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		1,000,000,000.00		

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA POLIZA POR 33 DIAS HASTA EL 31/12/2021 A PETICION DEL CLIENTE

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ <b>*1,000,000,000.00</b>	VALOR PRIMA: \$ <b>*****271,233</b>	GASTOS EXPEDICION: \$ <b>*****0.00</b>	IVA: \$ <b>*****51,534</b>	TOTAL A PAGAR: \$ <b>*****322,767</b>
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RDC SEGUROS LTDA	8714	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 DARÁ 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**  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)0000000000700056065588

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

CLIENTE **JUCARDOZO 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

**LISTADO DE ASEGURADOS  
POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL**

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000000293** ANEXO: 2 TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA PAGINA: 2  
 TOMADOR: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACION: **891.180.098-5**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA	891180098-5	DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	1,000,000,000.00	271,233	322,767
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						<b>271,233</b>	<b>322,767</b>