

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGE: **560**

RAMO: **80**

PAP:

DIA MES AÑO
29 11 2021

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
28 11 2021 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
29 03 2023

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
28 11 2021 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

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
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

\$ 1,000,000,000.00
1,000,000,000.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.

SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4

DIRECCION: **Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29**

CIUDAD: **Florencia**

MONTAÑITA CENTRO DE SALUD

DIRECCION: **Carrera 6 No 6-62 Sector Central**

CIUDAD: **Montañita**

MORELIA CENTRO DE SALUD

DIRECCION: **Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central**

CIUDAD: **Morelia**

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD

DIRECCION: **Carrera 3 No 5-21 Sector Central**

CIUDAD: **Unión Peneya - La Montañita**

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
RDC SEGUROS LTDA

CLAVE
8714

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

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)00000000007000560655588

FIRMA TOMADOR

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

JUCARDOZO 0

CBDE207E080AFC7858

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174

Fax: (601) 458 7174 * 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

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: **560** RAMO: **80** No PÓLIZA: **994000000293** ANEXO: **3**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-5
ASEGURADO:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-5
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

LISTADO DE ASEGURADOS
POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000000293**ANEXO: **3**TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**PAGINA: **3**

TOMADOR: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E**IDENTIFICACION: **891.180.098-5**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. 6 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	0.00	0	0
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						0	0