

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555869

PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000049 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA				COD. AGE: 560				RAMO: 88				PAP:																			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS																
19	11	2021	23:59	28	11	2021	23:59	31	12	2021	23:59	33	12	2021	23:59																
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN															
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION															

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA															
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				DIAS			
28	11	2021	23:59	31	12	2021	23:59	31	12	2021	23:59	33	12	2021	23:59

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **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**

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

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

DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,000,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

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: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****16,183,562	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****3,074,877	TOTAL A PAGAR: \$ *****19,258,438
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	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)0000000000700056065586

FIRMA TOMADOR

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