



Aseguradora Solidaria
de Colombia

NIT. 860.524.654 - 6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

660022698-6

PÓLIZA No: 660-74-994000001873

ANEXO:0

AGENCIA EXP	ROOSEVELT	COO AGE	660	RAMO	74	PAP																																																					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO																																														
15	05	2013	02	05	2013	23:59	31	05	2013	23:59	29	15	05	2013																																													
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			FECHA DE IMPRESIÓN																																												
TIPO DE MOVIMIENTO															EXPEDICION															TIPO DE IMPRESIÓN															IMPRESION														

DATOS DEL TOMADOR																																																																																									
NOMBRE															AGREMIACION SINDICAL DE TRABAJADORES ASOCIADOS DE PROINSE CTA															IDENTIFICACIÓN															NIT															900.566.575-7																													
DIRECCIÓN															CARRERA 11C NO.33B-12															CIUDAD															CALI, VALLE															TELÉFONO															3808580														

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																																																																																									
ASEGURADO															AGREMIACION SINDICAL DE TRABAJADORES ASOCIADOS DE PROINSE CTA															IDENTIFICACIÓN															NIT															900.566.575-7																													
DIRECCIÓN															CARRERA 11C NO.33B-12															CIUDAD															CALI, VALLE															TELÉFONO															3808580														
BENEFICIARIO															TERCEROS AFECTADOS															IDENTIFICACIÓN															NIT															001-8																													

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS																																																																																									
ASEGURADO															AGREMIACION SINDICAL DE TRABAJADORES ASO															NIT															900566575																																												
ITEM															1															DEPARTAMENTO															VALLE															CIUDAD															CALI														
DIRECCIÓN															VIA URBANA															RED SALUD ORIENTE NO.															0-0															0																													
ACTIVIDAD															ACTIVIDAD																																																																										
CONSTRUCCION															NO APLICA PARA ESTE RAMO																																																																										
TIPO EDIFICIO															NO APLICA PARA ESTE RAMO															TIPO DE RIESGO															SERVICIOS															MANZANA															AV.RED														
SALUD															ORIENTE-0																																																																										

DESCRIPCION															AMPAROS															SUMA ASEGURADA															INVAR															SUBLIMITE														
CONTRATO															PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES															\$ 2,986,098.00															2,986,098.00																													
DEDUCIBLES															10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - M'inimo: 1.00 SMMIV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES																																																											

BENEFICIARIOS														
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS														

Mediante la presente pólizase amparan los perjuicios patrimoniales que cause directamente el asegurado con motivo de una determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana en virtud de la ejecución del contrato #231-2013 REFERENTE A realizar actividades de apoyo asistencial, en los procesos y subprocesos de Enfermería, con 2.046 horas, para desarrollarlas de manera autónoma los servicios ya mencionados durante el periodo comprendido desde el 2 hasta el 31 de Mayo de 2013.

VALOR ASEGURADO TOTAL															VALOR PRIMA															GASTOS EXPEDICION															IVA															TOTAL A PAGAR														
\$ *****2,986,098.00															\$ *****35,000.00															\$ ****15,000.00															\$ *****8,000.00															\$ *****58,000.00														

INTERMEDIARIO															COASEGURO CEDIDO																																																																										
NOMBRE															CLAVE															%PART															NOMBRE COMPAÑIA															%PART															VALOR ASEGURADO														
JAIME ALBERTO LOPEZ SAAVEDRA															4927															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 DE LA PÓLIZA Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. 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														
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA															Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá														

CLIENTE														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento.

ya de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Ce

hora Aseguradora Sr

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2505 OIC 93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONOMICA 9601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE