

PÓLIZA No: 660 -74-994000001937 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT** COD. AGE: 660 RAMO: 74 PAP:
DIA MES AÑO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO
14 06 2013 01 06 2013 23:59 30 06 2013 23:59 29 14 06 2013
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR
NOMBRE: **AGREMIACION SINDICAL DE TRABAJADORES ASOCIADOS DE PROINER CTA "ASPROI"** 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 PROINER CTA "ASPROI"** 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** \$ **3,247,530.00**
DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**
BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

Mediante la presente póliza se 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 #268-2013 REFERENTE A realizar actividades de apoyo asistencial, en los procesos y subprocesos de Enfermería con 2.232 horas para desarrollarlás de manera autónoma los servicios ya mencionados durante el periodo comprendido desde el 1 hasta el 30 de Junio de 2013.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****3,247,530.00 VALOR PRIMA: \$ *****35,000.00 GASTOS EXPEDICION: \$ *****15,000.00 IVA: \$ *****8,000.00 TOTAL A PAGAR: \$ *****58,000.00

INTERMEDIARIO NOMBRE: **JAIME ALBERTO LOPEZ SAAVEDRA** CLAVE: **4927** %PART: **100.00** **COASEGURO CEDIDO** NOMBRE COMPAÑIA: 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 NIT 900.566.575-7
DEL CONTRATO 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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

Aseguradora Solidaria
de Colombia
NIT 860.524.854-6



FIRMA TOMADOR

FIRMA ASEGURADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 6 y 12 Bogotá

CLIENTE



CLARITAMIREZ