

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4207937626

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000035 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE			COD. AGE: 420			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
04	01	2021	31	12	2020	23:59	06	03	2021	23:59	65	12	10	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	31	12	2020	23:59	06	03	2021	23:59	65
	VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: **6026206000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: **6026206000**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE** CIUDAD: **CALI**

DIRECCION: **CALLE 5 No. 36-8**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA PRORROGA POR 65 DIAS QUEDANDO LA VIGENCIA HASTA EL DIA 06/03/2021

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *2,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****126,936,986	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ***24,118,027	TOTAL A PAGAR: \$ *****151,055,014
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A	CLAVE 574	%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)00000000007000420793762

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE NAGUIRE 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