

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6600563305

PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000001 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO
18	03	2020		17	03	2020	23:59	14	12	2020	23:59	272	04	11
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
17	03	2020	23:59	14	12	2020	23:59	272			
VIGENCIA DEL ANEXO VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS							

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**

DIRECCIÓN: **CARRERA 24A # 4-08** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: **6080124**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**

DIRECCIÓN: **CARRERA 24A # 4-08** CIUDAD: **CALI, VALLE** TELÉFONO: **6080124**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

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

DIRECCION: **CARRERA 24A No. 4-8 0**

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	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,000,000,000.00	0.00
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		100,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV 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 PRESENE ANEXO SE REALIZA AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO, QUEDANDO TAL COMO APARECE EN ESTE DOCUMENTO.

LOS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****37,260,274	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****7,079,452	TOTAL A PAGAR: \$ *****44,339,726
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE JUAN PABLO CALDERON ALVARADO	CLAVE 3909	%PART 100.00	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 LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ 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)00000000007000660056330

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

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