

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

6600563305

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000001 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
19	06	2020		19	06	2020	23:59	14	12	2020	23:59	178	04	11	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				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	DIA	
	19	06	2020	23:59	14	12	2020	23:59	178	04	11	2021		
	VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA					
					A LAS				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																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCION</th> <th>AMPAROS</th> <th>SUMA ASEGURADA</th> <th>LIMITE POR EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO</td> <td></td> <td>\$ 500,000,000.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRANSPORTE EN AMBULANCIA</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>GASTOS DE DEFENSA</td> <td></td> <td>500,000,000.00</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>															DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO	DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00		RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00		TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00	RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00	GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO																																											
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00																																												
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00																																												
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00																																											
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00																																											
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00																																											
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00																																											
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00																																											
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV 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 Y POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE REALIZA AJUSTE DEL VALOR ASEGURADO A QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$500.000.000).																																														
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA, CONTINUAN SIN MODIFICACION.																																														

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(500,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ **** (-24,383,562)	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *(-4,632,877)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (29,016,438)
---	--	--	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO				COASEGURO CEDIDO			
NOMBRE	CLAVE	%PART		NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO	
JUAN PABLO CALDERON ALVARADO	3909	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 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)00000000007000660056330

FIRMA TOMADOR

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

RAMTORO 0

C8DE2078060FF57E5C

CLIENTE



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