

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4351418456

PÓLIZA No: 435 -80 - 994000000379 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **80**

PAP:

DIA MES AÑO
23 03 2021

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
02 02 2021 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
15 01 2022 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
12 10 2023

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
11 03 2021 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
15 01 2022 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.501.676-1**

DIRECCIÓN: **CL 15 17 A 196**

CIUDAD: **POPAYAN, CAUCA**

TELÉFONO: **6028211721**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.501.676-1**

DIRECCIÓN: **CL 15 17 A 196**

CIUDAD: **POPAYAN, CAUCA**

TELÉFONO: **6028211721**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRES NIT : 891501676**

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **POPAYAN**

DIRECCION: **CALLE 15 No. 17A-196 LA LADERA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **INSTITUCION CLINICA**

TIPO DE RIESGO: **SERVICIOS**

MANZANA: **14-18A**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

PATRIMONIO DEL ASEGURADO
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

\$ 1,000,000,000.00
1,000,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, QUE LA PRESENTE POLIZA SE HACE EXTENSIVA A :

Dejamos constancia que esta póliza cubre la responsabilidad Civil que se pueda derivar de los contratos de prestación de servicios, puntualmente el contrato PN-RASES-4 CONTRATACIÓN DIRECTA URGENCIA MANIFIESTA NRO. 4 NIT 805.022.186-6, cuyo asegurado es La Nación-Policía Nacional-Dirección de Sanidad-Regional de Aseguramiento En Salud N.4, NIT 805.022.186-6,

TODAS LAS DEMAS CONDICIONES NO MIDIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

NOMBRE
CARMEN LINA MERA COBO

CLAVE
5404

%PART
100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

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)00000000007000435141845

FIRMA TOMADOR

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

CADB25790B0CFB7F58

CLIENTE



DCERTUCHE 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

LISTADO DE ASEGURADOS
POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000000379** ANEXO: **1** TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA** PAGINA: **2**
TOMADOR: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACION: **891.501.676-1**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VAL	891501676-1	CALLE 15 No. 17A-196 LA LADER	POPAYAN	0.00	0	0
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						0	0