

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351417870

PÓLIZA No: 435 -87 - 994000000060 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA				COD. AGE: 435				RAMO: 87				PAP:								
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA				DIA	MES	AÑO	HORAS				DIA	MES	AÑO	HORAS			
29	12	2021	15	01	2022	23:59	15	02	2022	23:59	31	12	10	2023						
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 PRORROGA										DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO										15	01	2022	23:59	15	02	2022	23:59	31
										VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

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

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **POPAYAN**

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

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 600,000,000.00	
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		600,000,000.00	

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA PRORROGA DE VIGENCIA HASTA EL 15 DE FEBRERO DE 2.022, LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO MEDIANTE ADICIONAL NO 1 AL CONTRATO 103 DEL 03 DE FEBRERO DE 2.021

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

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***600,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****6,644,157	GASTOS EXPEDICION: \$ *****1.00	IVA: \$ ****1,262,390	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,906,548
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
CARMEN LINA MERA COBO	5404	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)00000000007000435141787

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

DCERTUCHE 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