

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5606555869**

**PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000049 ANEXO:1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 88 PAP:  
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
**19 11 2021** **28 11 2021 23:59** **31 12 2021 23:59** **33** **12 06 2024**  
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** VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
**28 11 2021 23:59** **31 12 2021 23:59** **33**  
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**  
DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-29** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETÁ** TELÉFONO: **84343509**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**  
DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-29** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETÁ** TELÉFONO: **84343509**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**  
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETÁ** CIUDAD: **FLORENCIA**  
DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29**  
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  
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 200,000,000.00 0.00  
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS  
BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS  
POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA POLIZA POR 33 DIAS HASTA EL 31/12/2021 A PETICION DEL CLIENTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ **\*1,000,000,000.00** VALOR PRIMA: \$ **\*\*\*\*\*16,183,562** GASTOS EXPEDICION: \$ **\*\*\*\*\*0.00** IVA: \$ **\*\*\*\*3,074,877** TOTAL A PAGAR: \$ **\*\*\*\*\*19,258,438**

**INTERMEDIARIO** NOMBRE CLAVE %PART NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO  
RDC SEGUROS LTDA 8714 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)00000000007000560655586

**FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE



JUCARDOZO 0

CBDE207E080BFD7757

**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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA