

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**5606555885**

**PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:4**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>NEIVA</b>				COD. AGE: 560				RAMO: 80				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
27	12	2021		31	12	2021	23:59	01	02	2022	23:59	32			
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO <b>PRORROGA</b>				VIGENCIA DEL ANEXO											
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
31	12	2021	23:59	01	02	2022	23:59	32				12	06	2024	
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA											

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>			
NOMBRE: <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E</b>			
DIRECCIÓN: <b>DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)</b>			
CIUDAD: <b>FLORENCIA, CAQUETÁ</b>			
IDENTIFICACIÓN: NIT <b>891.180.098-5</b>			
TELÉFONO: <b>84343509</b>			

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

<b>DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS</b>			
ASEGURADO: <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA NIT : 891180098</b>			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: <b>CAQUETÁ</b> CIUDAD: <b>FLORENCIA</b>			
DIRECCION: <b>DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA</b>			
ACTIVIDAD: <b>ENTIDAD OFICIAL</b>			
TIPO EDIFICIO: <b>EDIFICIO (S)</b> TIPO DE RIESGO: <b>ESTATAL</b> MANZANA: <b>19-8</b>			
DESCRIPCION		AMPAROS	SUMA ASEGURADA % INVAR
PATRIMONIO DEL ASEGURADO			\$ 1,000,000,000.00
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES			1,000,000,000.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES			
BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA VIGENCIA DESDE EL 31/12/2021 HASTA EL 01/02/2022 A PETICION DE LA ENTIDAD.			
ADICIONALMENTE SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.			
SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4			
DIRECCION: <b>Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29</b>			
CIUDAD: <b>Florencia</b>			
MONTAÑITA CENTRO DE SALUD			
DIRECCION: <b>Carrera 6 No 6-62 Sector Central</b>			
CIUDAD: <b>Montañita</b>			
MORELIA CENTRO DE SALUD			
DIRECCION: <b>Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central</b>			
CIUDAD: <b>Morelia</b>			

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ <b>*1,000,000,000.00</b>	\$ <b>*****263,014</b>	\$ <b>*****0.00</b>	\$ <b>*****49,973</b>	\$ <b>*****312,986</b>

<b>INTERMEDIARIO</b>		<b>COASEGURO CEDIDO</b>	
NOMBRE	CLAVE	%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.

		
<b>FIRMA ASEGURADOR</b>	(415)7701861000019(8020)0000000000700056065588	<b>FIRMA TOMADOR</b>

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: <b>Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá</b>	CLIENTE	JUCARDOZO 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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA COD. AGENCIA: 560 RAMO: 80 No PÓLIZA: 994000000293 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-5
ASEGURADO:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-5
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD  
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central  
CIUDAD: Unión Peneya - La Montañita

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO  
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo  
CIUDAD: Florencia

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

**POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**  
**DATOS DE LA PÓLIZA**

**ASEGURADOS**

ITEM	ASEGURADO	C.C. 6 NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA	891180098-5	DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	1,000,000,000.	263,014	312,986
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					263,014	312,986	