

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

**PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGE: 560

RAMO: 80

PAP:

DIA	MES	AÑO
19	11	2021

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA	MES	AÑO	HORAS
28	11	2021	23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA	MES	AÑO	HORAS
31	12	2021	23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA	MES	AÑO
12	06	2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA	MES	AÑO	HORAS
28	11	2021	23:59

VIGENCIA DESDE

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	12	2021	23:59	33

VIGENCIA HASTA

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	12	2021	23:59	33

VIGENCIA HASTA

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)**

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**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA NIT : 891180098**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETÁ**

CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)**

TIPO DE RIESGO: **ESTATAL**

MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

PATRIMONIO DEL ASEGURADO  
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

\$ 1,000,000,000.00  
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 POLIZA POR 33 DIAS HASTA EL 31/12/2021 A PETICION DEL CLIENTE

VALOR ASEGURADO TOTAL:  
\$ **\*1,000,000,000.00**

VALOR PRIMA:  
\$ **\*\*\*\*\*271,233**

GASTOS EXPEDICION:  
\$ **\*\*\*\*\*0.00**

IVA:  
\$ **\*\*\*\*\*51,534**

TOTAL A PAGAR:  
\$ **\*\*\*\*\*322,767**

**INTERMEDIARIO**

NOMBRE  
RDC SEGUROS LTDA

CLAVE  
8714

%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)00000000007000560655588

**FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE



JUCARDOZO 0

CBDE207E080BFD775A

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

PAGINA: 2

IDENTIFICACION: 891.180.098-5

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.	271,233	322,767
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					271,233	322,767	