

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**

**5606555869**

**PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000049 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGE: 560

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO  
**29 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

DÍAS

DIA MES AÑO  
**12 06 2024**

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  
**28 11 2021 23:59**

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS  
**31 12 2021 23:59**

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 ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.

SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4

DIRECCION: Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29

CIUDAD: Florencia

MONTAÑITA CENTRO DE SALUD

DIRECCION: Carrera 6 No 6-62 Sector Central

CIUDAD: Montañita

MORELIA CENTRO DE SALUD

DIRECCION: Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central

CIUDAD: Morelia

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD

DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central

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

VALOR PRIMA:  
\*\*\*\*\*0

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

IVA:  
\*\*\*\*\*0

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

**INTERMEDIARIO**

NOMBRE CLAVE %PART  
RDC SEGUROS LTDA 8714 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)00000000007000560655586

**FIRMA TOMADOR**

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

JUCARDOZO 0

CBDE207E080AFC7857

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA COD. AGENCIA: 560 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000049 ANEXO: 2

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

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.