

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4350776920

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000006 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
14	04	2016	14	04	2016	23:59	31	01	2017	23:59	292	12	02	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
14	04	2016	23:59	31	01	2017	23:59	292
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL NIVEL 1 EL BORDO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.500.736-0**

DIRECCIÓN: **calle 4 6-43** CIUDAD: **PATÍA, CAUCA** TELÉFONO: **8262020**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL NIVEL 1 EL BORDO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.500.736-0**

DIRECCIÓN: **calle 4 6-43** CIUDAD: **PATÍA, CAUCA** TELÉFONO: **8262020**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **PATÍA**

DIRECCION: **CALLE 4 NO. 06-43 EL BORDO CAUCA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
PS 001 - TERCEROS, AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, EL AUMENTO DEL VALOR SOLICITAO POR EL ASEGURADO, MEDIANTE OFICIO FECHADO 12 DE ABRIL DE 2.016
- VALOR ASEGURADO ANTERIOR \$300.000.000.0
- VALOR ASEGURADO ACTUAL \$500.000.000.0

LO ANTERIOR CON EL RESPECTIVO CDP.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****1,996,800	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****319,488	TOTAL A PAGAR: \$ *****2,316,288
---	--	---	--------------------------------	--

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)00000000007000435077692

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CDERTUCHE 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