

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606258688

PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000034 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA				COD. AGE: 560				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	12	2020		31	12	2020	23:59	28	02	2021	23:59	59	12	02	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
								31	12	2020	23:59	28	02	2021	23:59	59			
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			

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

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E			
DIRECCIÓN: DIAGONAL 20 NO. 7-29			
CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETÁ			
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-5			
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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA			
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA			
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		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA; 10.00 % NO APLICA en GASTOS DE DEFENSA			
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
A SOLICITUD DE LA ENTIDAD SE PRORROGA LA VIGENCIA EN 59 DIAS.			
LAS DEMAS CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****29,338,356	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****5,574,288	TOTAL A PAGAR: \$ *****34,912,644
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA	9410	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)00000000007000560625868	FIRMA TOMADOR

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

CBDE207E0A0FF57656

CLIENTE



LSANTA 0