

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4350776920

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000006 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA				COD. AGE: 435				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	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	19	02	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
												DÍAS			
												FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS	
								14	04	2016	23:59	31	01	2017	23:59	292	
								VIGENCIA DESDE				A LAS				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- EL BORDO, 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- EL BORDO, CAUCA	
		TELÉFONO: 8262020	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1		DEPARTAMENTO: CAUCA	
		CIUDAD: PATÍA- EL BORDO	
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 CARMEN LINA MERA COBO	CLAVE 5404	%PART 100.00	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)00000000007000435077692	FIRMA TOMADOR

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

CADB25780806F97857

CLIENTE



DCERTUCHE 0