NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 80 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 08 11 2021 28 02 2021 23:59 28 11 2021 23:59 273 05 03 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS 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 DIA MES AÑO HORAS DIAS
 08 11 2021 23:59 28 11 2021 23:59 20
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

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 \$ 1,000,000,000.00
 PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 1,000,000,000.00
 DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**
 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**
 CIUDAD: **Unión Peneya - La Montañita**

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****	TOTAL A PAGAR: \$ *****
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	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)0000000000700056065588 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CLIENTE JUCARDOZO 0
 CBDE207E080CFE7B5D

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensorasolidaria@gmail.com
 Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGENCIA: **560**

RAMO: **80**

No PÓLIZA: **994000000293** ANEXO: **1**

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

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 1 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 3
TOMADOR: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E IDENTIFICACION: 891.180.098-5

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó 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	0.00	0	0
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						0	0