

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:4

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
27 12 2021 **31 12 2021** **23:59** **01 02 2022** **23:59** **32** **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 **PRORROGA** VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
31 12 2021 **23:59** **01 02 2022** **23:59** **32**
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 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA VIGENCIA DESDE EL **31/12/2021** HASTA EL **01/02/2022** A PETICION DE LA ENTIDAD.

ADICIONALMENTE 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**

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *1,000,000,000.00	\$ *****263,014	\$ *****0.00	\$ *****49,973	\$ *****312,986

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
RDC SEGUROS LTDA	8714	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)0000000000700056065588

FIRMA TOMADOR

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



JUCARDOZO 0

CBDE207E0808F47656

CLIENTE

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: defensoriasolidaria@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 EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: **560** RAMO: **80** No PÓLIZA: **994000000293** ANEXO: **4**

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

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central
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.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

IDENTIFICACION: 891.180.098-5

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	1,000,000,000.	263,014	312,986
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					263,014	312,986	