

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
5606555869

PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000049 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: **560** RAMO: **88** PAP:
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
24 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: **DIAGONAL 20 NO. 7-29** 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
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETÁ** CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29**
ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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		1,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

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 LA CIUDADES DE UBICACION DE CADA UNO DE LOS RIESGOS ASEGURADOS.

RIESGO N. 1 ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO R1
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia - Caqueta

RIESGO N 2 UNION PENEYA PUESTO DE SALUD R2
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central
CIUDAD: Union peneya - Caqueta

RIESGO N. 3 / MONTAÑITA CENTRO DE SALUD R-3
DIRECCION: Carrera 6 No 6-62 Sector Central
CIUDAD: Montañita - Caqueta

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,693,151	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****2,981,699	TOTAL A PAGAR: \$ *****18,674,849
---	---	---	---------------------------------	---

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)00000000007000560655586

FIRMA TOMADOR

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

JUCARD020 0

CBDE207E0808F47B5F

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 DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: **560** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000049** ANEXO: **3**

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

RIESGO N. 4 / SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA- R4
DIRECCION: Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29
CIUDAD: Florencia -Caqueta

RIESGO N. 5 MORELIA CENTRO DE SALUD R5
DIRECCION: Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central
CIUDAD: Morelia - Caqueta