

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: **660** RAMO: **88** PAP:
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
07 04 2020 **30 08 2019 23:59** **30 08 2020 23:59** **366** **08 04 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 DIA
02 04 2020 23:59 **30 08 2020 23:59** **150**
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**
DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**
ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00 VALOR PRIMA: \$ *****0 GASTOS EXPEDICION: \$ *****0 IVA: \$ *****0 TOTAL A PAGAR: \$ *****0

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	3525	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)00000000007000660083267

FIRMA TOMADOR

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

LECAMACHO 0

C8DE20780706FF7B58

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: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **3**

ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON LA NUEVA EPS SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE