NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4208566739

PÓLIZA No: 420 -88 - 99400000050 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 29 12 2022 31 12 2022 23:59 01 03 2023 23:59 60 30 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 **PRORROGA**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA
 31 12 2022 23:59 01 03 2023 23:59 60
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**
 DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08** CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6026206000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**
 DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08** CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6026206000**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **CALI**
 DIRECCION: **CALLE 5 No. 36-8**
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,200,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,200,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

Mediante el presente anexo y de acuerdo a solicitud del Asegurado, se procede con la prórroga iniciando desde el 31/12/2022 al 28/02/2023.

Los demás términos y condiciones permanecen iguales

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *2,200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****189,171,912	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ***35,942,663	TOTAL A PAGAR: \$ *****225,114,576
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A	574	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)00000000007000420856673 **FIRMA TOMADOR**

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

CADA2070060CFC7956
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