

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**

**4361557335**

**PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000097 ANEXO:1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGE: **436**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO  
**14 01 2021**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS  
**13 01 2021 23:59**  
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
**13 01 2022 23:59**  
VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO  
**30 04 2024**  
FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACION**

VIGENCIA DEL ANEXO  
DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
**13 01 2021 23:59 13 01 2022 23:59 365**  
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. LA UNION NARIÑO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.952-8**  
DIRECCIÓN: **CARRERA 2 NO. 16 - 08** CIUDAD: **LA UNIÓN, NARIÑO** TELÉFONO: **6027442029**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. LA UNION NARIÑO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.952-8**  
DIRECCIÓN: **CARRERA 2 NO. 16 - 08** CIUDAD: **LA UNIÓN, NARIÑO** TELÉFONO: **6027442029**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **LA UNIÓN**  
DIRECCION: **CALLE 2 No. 16-8**  
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    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 1,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 1,000,000,000.00    | 0.00              |
| 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                              |         | 30,000,000.00       | 0.00              |

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

BENEFICIARIOS  
NIT 891200952 - HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. LA UNION NARIÑO  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CON EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE LA VIGENCIA DE LA POLIZA ES DESDE EL 13 DE ENERO DE 2021 A LAS 23:59 HORAS HASTA EL 13 DE ENERO DE 2022 A LAS 23:59 HORAS.

|                                        |                           |                                    |                   |                             |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ *****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****0 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ *****0.00 | IVA:<br>\$ *****0 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****0 |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|

| INTERMEDIARIO              |       |        | COASEGURO CEDIDO |                 |
|----------------------------|-------|--------|------------------|-----------------|
| NOMBRE                     | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | VALOR ASEGURADO |
| SILVIO URIEL VIVEROS OJEDA | 8846  | 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)00000000007000436155733

**FIRMA TOMADOR**

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

JCAICEDO 0

CADB26790A0AFB7D59

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: 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros