

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:2

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
19 11 2021 **28 11 2021** **23:59** **31 12 2021** **23:59** **33** **09 09 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
28 11 2021 **23:59** **31 12 2021** **23:59** **33**
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: **6084343509**

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: **6084343509**
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 POLIZA POR 33 DIAS HASTA EL 31/12/2021 A PETICION DEL CLIENTE

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***1,000,000,000.00** VALOR PRIMA: \$ *******271,233** GASTOS EXPEDICION: \$ *******0.00** IVA: \$ *******51,534** TOTAL A PAGAR: \$ *******322,767**

INTERMEDIARIO **COASEGURO CEDIDO**
NOMBRE CLAVE %PART NOMBRE COMPAÑIA %PART 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)00000000007000560655588

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE



JUCARDOZO 0

CBDE207E080BFD775A

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 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.	271,233	322,767
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					271,233	322,767	