

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:4

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	
27	12	2021		31	12	2021	23:59	01	02	2022	23:59	32	09	2024	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS				DÍAS															
				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											
DIRECCIÓN: DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)											
CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETÁ											
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-5											
TELÉFONO: 6084343509											

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO											
ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E											
DIRECCIÓN: DIAGONAL 20 NO. 7-29											
CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETÁ											
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-5											
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 LA VIGENCIA DESDE EL 31/12/2021 HASTA EL 01/02/2022 A PETICION DE LA ENTIDAD.											
ADICIONALMENTE SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.											
SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4											
DIRECCION: Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29											
CIUDAD: Florencia											
MONTAÑITA CENTRO DE SALUD											
DIRECCION: Carrera 6 No 6-62 Sector Central											
CIUDAD: Montañita											
MORELIA CENTRO DE SALUD											
DIRECCION: Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central											
CIUDAD: Morelia											

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****263,014	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****49,973	TOTAL A PAGAR: \$ *****312,986
---	--	---	-------------------------------	--

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)0000000000700056065588	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá	CLIENTE	JUCARD020 0
---	---------	-------------

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 POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: **560** RAMO: **80** No PÓLIZA: **994000000293** ANEXO: **4**

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

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central
CIUDAD: Unión Peneya - La Montañita

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

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.	263,014	312,986
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					263,014	312,986	