

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

5606555869

PÓLIZA No: 560 -88 - 994000000049 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGE: **560**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
29 11 2021

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
28 11 2021 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
09 09 2024

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
28 11 2021 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
31 12 2021 23:59

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-29**

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

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETÁ**

CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 No. 7-29**

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	
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		200,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO 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

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD

DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

NOMBRE
RDC SEGUROS LTDA

CLAVE
8714

%PART
100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

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)000000000007000560655586

FIRMA TOMADOR

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

JUCARD020 0

CBDE207E080AFC7857

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: **560** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000049** ANEXO: **2**

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

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.