

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351417896

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000039 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 88 PAP:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|--------------------|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO |
| 29 | 12 | 2021 | 15 | 01 | 2022 | 23:59 | 15 | 02 | 2022 | 23:59 | 31 | 11 | 07 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | A LAS | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|----------------|-------|-------|
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| 15 | 01 | 2022 | 23:59 | 15 | 02 | 2022 | 23:59 | 31 |
| VIGENCIA DEL ANEXO | | | | VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | A LAS |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.501.676-1**

DIRECCIÓN: **CL 15 17 A 196** CIUDAD: **POPAYÁN, CAUCA** TELÉFONO: **6028211721**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.501.676-1**

DIRECCIÓN: **CL 15 17 A 196** CIUDAD: **POPAYÁN, CAUCA** TELÉFONO: **6028211721**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **POPAYÁN**

DIRECCION: **CALLE 15 No. 17A-196 BARRIO LA LADERA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | | \$ 1,700,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | | 1,700,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | | 1,700,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | | 1,700,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | | 1,700,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | | 1,700,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | | 510,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15.00 SMLLV 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 001 - TERCEROS AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA PRORROGA DE VIGENCIA HASTA EL 15 DE FEBRERO DE 2.022, LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO MEDIANTE ADICIONAL NO 1 AL CONTRATO 103 DEL 03 DE FEBRERO DE 2.021.

TODAS LAS DEMAS CONDICIONES NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,700,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****34,700,587 | GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00 | IVA: \$ ****6,593,112 | TOTAL A PAGAR: \$ *****41,293,699 |
|---|---|---|---------------------------------|---|

| INTERMEDIARIO | | | COASEGURO CEDIDO | | |
|-----------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
| CARMEN LINA MERA COBO | 5404 | 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)00000000007000435141789 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB25790A0AF57B5E CLIENTE DCERTUCHE 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