

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4208566739

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000050 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGE: **420**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
29 12 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
01 03 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
01 03 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

60

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08**

CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6026206000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.303.461-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 5 No: 36-08**

CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6026206000**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA**

CIUDAD: **CALI**

DIRECCIÓN: **CALLE 5 No. 36-8**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,200,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,200,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

Mediante el presente anexo y de acuerdo a solicitud del Asegurado, se procede con la prórroga iniciando desde el 31/12/2022 al 28/02/2023.

Los demás términos y condiciones permanecen iguales

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *2,200,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ ***189,171,912**

GASTOS EXPEDICION:
\$ ***0.00**

IVA:
\$ *35,942,663**

TOTAL A PAGAR:
\$ ***225,114,576**

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A 574 100.00

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)00000000007000420856673

FIRMA TOMADOR

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

NAGUIRRE 0

CADA2070060CFC7956

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 RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros