NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000031 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGE: 436 RAMO: 88 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 22 02 2021 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 04 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 **REVOCACIÓN DE PÓLIZA**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA
 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 365
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**
 DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 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 891200248 - ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(500,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ ****(-10,750,000)	GASTOS EXPEDICION: \$ ***-15,000.00	IVA: \$ *(-2,045,350)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (12,810,350)
---	---	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	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)00000000007000436102056 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB26790A08F57D59 CLIENTE

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 DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

se revoca la presente poliza por solicitud del asegurado, de acuerdo con oficio 100.22.01-21024, radicado el 16 de febrero de 2021.