

**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	14	02	2025																
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN															
								A LAS				A LAS				DÍAS															
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION															

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS			
								15	01	2022	23:59	15	02	2022	23:59	31			
								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 SMMLV 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