

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4207358179

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGE: 420

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
12 07 2019

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2019 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2020 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
23 07 2025

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
03 07 2019 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DÍAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51

CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6022856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51

CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

CIUDAD: PALMIRA

DIRECCIÓN: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		45,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ 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

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA	4796	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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000420735817

FIRMA TOMADOR

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

NAGUIRRE 0

CADA207F0B06F9785E

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf>

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA: 420

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE:

BENEFICIARIO : SECCIONAL SANIDAD VALLE
Nit 805.022.186-6
POR VALOR \$ 165.623.200
DE CONTRATO 66-7-20114-2019

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR.

CLIENTE