

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4208566739

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000050 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE				COD. AGE: 420				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
06	02	2023		31	12	2022	23:59	01	03	2023	23:59	60	28	08	
FECHA DE EXPEDICIÓN				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				DÍAS				DÍAS			
				31	12	2022	23:59	01	03	2023	23:59	60	28	08	
				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				A LAS			

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

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)00000000007000420856673	FIRMA TOMADOR

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

CADA20700607FC7E5D