

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**4402625224**

**PÓLIZA No: 440 -88 - 994000000045 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CARTAGENA</b>				COD. AGE: 440				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
16	08	2019		16	08	2019	23:59	1/	2/	019	23:59	107	27	11	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				A LAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS			
								16				08				2019				23:59			
								1/				2/				019				23:59			

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: <b>CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.S</b>			
DIRECCIÓN: <b>CALLE 30 #20 - 71 PIE DE LA POPA</b>			
CIUDAD: <b>CARTAGENA, BOLIVAR</b>			
TELÉFONO: <b>6661000</b>			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: <b>CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.S</b>			
DIRECCIÓN: <b>CALLE 30 #20 - 71 PIE DE LA POPA</b>			
CIUDAD: <b>CARTAGENA, BOLIVAR</b>			
TELÉFONO: <b>6661000</b>			
BENEFICIARIO: <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1			
DEPARTAMENTO: <b>BOLIVAR</b>			
CIUDAD: <b>CARTAGENA</b>			
DIRECCION: <b>PIE DE LA POPA CL 30 NO 2071</b>			
ACTIVIDAD: <b>CLINICA</b>			
DESCRIPCION			
AMPAROS			
SUMA ASEGURADA			
LIMITE POR EVENTO			
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO			
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL			
TRANSPORTE EN AMBULANCIA			
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO			
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA			
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			
GASTOS DE DEFENSA			

BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***218,294,012.00		VALOR PRIMA: \$ *****9,168,349		GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00		IVA: \$ ****1,741,986		TOTAL A PAGAR: \$ *****10,910,335	
INTERMEDIARIO					COASEGURO CEDIDO				
NOMBRE		CLAVE		%PART		NOMBRE COMPAÑIA		%PART	
LUCIA MARGARITA MORDECAY PUELLO		4005		100.00					
					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)00000000007000440262522

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

LITABORDA 0

CADC207A080CFC785B

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