

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

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

**PÓLIZA No: 440 -88 - 994000000045 ANEXO:4**

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	
21	08	2019	16	08	2019	23:59	1	2	019	23:59	107	27	11	2020
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>									TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b>					

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>MODIFICACION</b>	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	
		16	08	2019	23:59	1	2	019	23:59	107	
		VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	
NOMBRE: <b>CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.S</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>806.008.439-1</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 30 #20 - 71 PIE DE LA POPA</b>	CIUDAD: <b>CARTAGENA, BOLIVAR</b>
	TELÉFONO: <b>6661000</b>

<b>DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO</b>	
ASEGURADO: <b>CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.S</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>806.008.439-1</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>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>001-8</b>

<b>DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS</b>	
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
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 999,536,012.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	999,536,012.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	999,536,012.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	999,536,012.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	999,536,012.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	999,536,012.00
GASTOS DE DEFENSA	999,536,012.00
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	
SE INCREMENTA VALOR ASEGURADO A \$999.536.012 EQUIVALENTE A 1.207 SMMLV.	
<p>"MEDIANTE EL PRESENTE TEXTO SE ACLARA QUE LAS COBERTURAS Y SUBLIMITES CONTRATADOS EN LA PRESENTE POLIZA, SE EXTIENDE A CUBRIR UNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN CALIDAD DE TERCEROS A LOS PACIENTES O USUARIOS AFILIADOS AGENCIADOS POR EPS FAMILIAR SAS - Y RECIBAN DE LA ENTIDAD TOMADORA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD DESCRITOS EN EL CONTRATO No. 0000201 EN LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO SUSCRITO EL 31/07/2019 POR VALOR DE MIL SESENTA MILLONES CUENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$1.060.040.933) MONEDA LEGAL / CORRIENTE, Y SIEMPRE QUE ESTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS O HABILITADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES A LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR SAS.</p> <p>SE AMPARAN TODOS LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS TERCEROS AFECTADOS DE ACUERDO A LOS LIMITES Y SUBLIMITES INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.</p>	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ <b>***218,294,012.00</b>	VALOR PRIMA: \$ <b>*****2,687,708</b>	GASTOS EXPEDICION: \$ <b>*****0.00</b>	IVA: \$ <b>*****510,664</b>	TOTAL A PAGAR: \$ <b>*****3,198,372</b>
<b>INTERMEDIARIO</b>		<b>COASEGURO CEDIDO</b>		
NOMBRE LUCIA MARGARITA MORDECAY PUELLO	CLAVE 4005	%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.

 <b>FIRMA ASEGURADOR</b> DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá	 (415)7701861000019(8020)00000000007000440262522	<b>FIRMA TOMADOR</b> 
--	--	---

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