

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3605062607

PÓLIZA No: 360 -88 - 994000000038 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **SANTA PAULA** COD. AGE: 360 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
27	12	2023		31	12	2023	23:59	25	01	2024	23:59	25	15	07	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN			

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
31	12	2023	23:59	25	01	2024	23:59	25	01	2024	23:59	25	01	2024	23:59
VIGENCIA DEL ANEXO DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.680.025-1**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 23 # 12 - 64** CIUDAD: **FUSAGASUGÁ, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **6018734259**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.680.025-1**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 23 # 12 - 64** CIUDAD: **FUSAGASUGÁ, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **6018734259**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA** CIUDAD: **FUSAGASUGÁ**

DIRECCION: **TRANSVERSAL 12 No. 22-42**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 720,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		720,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		720,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		720,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		720,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***720,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,397,260	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****1,405,479	TOTAL A PAGAR: \$ *****8,802,740
-------------------------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
INTERSEGUROS LP LTDA	9858	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 POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000360506260 **FIRMA TOMADOR**

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

CDDE207D0B06F47E5F **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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA