

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4207047095

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000012 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGE: **420**

RAMO: **88**

PAP:

DIA **19** MES **06** AÑO **2018**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA **20** MES **06** AÑO **2018** HORAS **23:59**

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA **20** MES **06** AÑO **2019** HORAS **23:59**

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA **24** MES **11** AÑO **2023**

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA **20** MES **06** AÑO **2018** HORAS **23:59**

VIGENCIA DESDE

DIA **20** MES **06** AÑO **2019** HORAS **23:59**

VIGENCIA HASTA

DIA **24** MES **11** AÑO **2023**

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E. - FLORIDA VALLE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.055-7**

DIRECCIÓN: **CALLE 11 CARRERA 8 VIA AL PEDREGAL**

CIUDAD: **FLORIDA, VALLE**

TELÉFONO: **22642395**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E. - FLORIDA VALLE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.055-7**

DIRECCIÓN: **CALLE 11 CARRERA 8 VIA AL PEDREGAL**

CIUDAD: **FLORIDA, VALLE**

TELÉFONO: **22642395**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **FLORIDA**

DIRECCION: **CALLE 11 CON CARRERA 8 ESQUINA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 800,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		800,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		800,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		800,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		800,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		800,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		160,000,000.00	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

RENOVACION VIENE DE LA POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS NO. 994/1 AGENCIA PALMIRA VIGENCIA 2018/2019

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

AMPARO BÁSICO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***800,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****19,200,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****3,650,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****22,865,850
---	---	--	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RODRIGO MEDINA FIGUEROA	8087	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.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000420704709

FIRMA TOMADOR

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

SACARVAJAL 0

CADA207F0F08FB7E56

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA