

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6600558065

PÓLIZA No: 660 -83 - 994000000001 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 83 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
11	12	2017	16	11	2017	23:59	01	12	2017	23:59	15	26	01	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **ANULACION DE ANEXO**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
16	11	2017	23:59	01	12	2017	23:59	15
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA		A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MUNICIPIO DE EL CERRITO** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.100.533-5**

DIRECCIÓN: **CALLE 7 No. 11-62** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022570952**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE EL CERRITO** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.100.533-5**

DIRECCIÓN: **CALLE 7 No. 11-62** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022570952**

BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE EL CERRITO** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.100.533-5**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ASEGURADO: **MUNICIPIO DE EL CERRITO** NIT : **800100533**

DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **EL CERRITO** DIRECCION: **CALLE 7 No. 11-62**

ACTIVIDAD: **C22 - ALCALDIA** MANZANA: **6-12**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL**

AMPARO	OBJETO	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
<p>Texto Aclaratorio BENEFICIARIOS NIT 800100533 - MUNICIPIO DE EL CERRITO</p>				

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****(-379,335)	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ ****(-72,074)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (451,409)
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GALVIS Y ASOCIADOS LTDA. ASESORES DE	5118	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  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000660055806

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

RAMTORO 0

Ahor 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

**LISTADO DE ASEGURADOS
 TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES**

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **99400000001** ANEXO: **3** TIPO DE MOVIMIENTO: **ANULACION DE ANEXO** PAGINA: **2**
 TOMADOR: **MUNICIPIO DE EL CERRITO** IDENTIFICACION: **800.100.533-5**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	MUNICIPIO DE EL CERRITO	800100533-5	CALLE 7 No. 11-62	EL CERRITO	0.00	-379,335	-451,409
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						-379,335	-451,409