

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

8751760128

PÓLIZA No: 875 -88 - 994000000027 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA** COD. AGE: **875** RAMO: **88** PAP:
DIA **10** MES **09** AÑO **2024** VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA **28** MES **08** AÑO **2024** HORAS **23:59**
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS **365**
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA** VIGENCIA DEL ANEXO DIA **28** MES **08** AÑO **2024** HORAS **23:59**
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS **365**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LABORATORIO CLINICO MARCELA HOYOS RENDON S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.561.068-1**
DIRECCIÓN: **EDIFICIO BCH CL 4 # 7 29 PRIMER PISO ESQUINA** CIUDAD: **SALAMINA, CALDAS** TELÉFONO: **3216242421**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LABORATORIO CLINICO MARCELA HOYOS RENDON S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.561.068-1**
DIRECCIÓN: **EDIFICIO BCH CL 4 # 7 29 PRIMER PISO ESQUINA** CIUDAD: **SALAMINA, CALDAS** TELÉFONO: **3216242421**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **CALDAS** CIUDAD: **MANIZALES**
DIRECCION: **CALLE 51 No. 22A-28 CONSULTORIO 9**
ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 260,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 260,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 260,000,000.00 0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 260,000,000.00 0.00
GASTOS DE DEFENSA 78,000,000.00 0.00
DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**
BENEFICIARIOS
NIT **001 - TERCEROS AFECTADOS**
POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE CONFIRMA LA DIRECCION DEL RIESGO:
EDIFICIO BCH CL 4 # 7 29 PRIMER PISO ESQUINA SALAMINA CALDAS
TODOS LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00 VALOR PRIMA: \$ *****0.00 GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00 IVA: \$ *****0 TOTAL A PAGAR: \$ *****0

INTERMEDIARIO NOMBRE **HOWDEN CORREDORES DE SEGUROS S.A.** CLAVE **2821** %PART **100.00** COASEGURO CEDIDO 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.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000875176012

FIRMA TOMADOR

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



JENRAMIREZ 0

C6DF257A0F0EFD7759

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros