

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

3202425371

PÓLIZA No: 320 -74 - 994000013839 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47**

COD. AGE: **320**

RAMO: **74**

PAP:

DIA MES AÑO
23 07 2024

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
23 07 2024 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
23 03 2025 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
23 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
23 07 2024 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
23 03 2025 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **824.006.352-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 16 #15 - 71 P 2 Y 3**

CIUDAD: **VALLEDUPAR, CESAR**

TELÉFONO: **37444292**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

DIRECCIÓN: **CLINICA DE LA POLICIA**

CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO**

TELÉFONO: **6053669560**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8** NIT : **802016407**

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **CESAR**

CIUDAD: **VALLEDUPAR**

DIRECCION: **VALLEDUPAR - CESAR**

ACTIVIDAD: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

TIPO EDIFICIO: **NO APLICA PARA ESTE RAMO** TIPO DE RIESGO: **SERVICIOS**

MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 260,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	260,000,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	260,000,000.00		
	RCE PATRONAL	260,000,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	260,000,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	260,000,000.00		

DEDUCIBLES: **10.00 %** DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: **1.00** SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

NIT 802016407 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO NUMERO 67-7-20123-2024 CELEBRADO ENTRE LA POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 Y OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S NIT 824006352-4, DE FECHA 23 DE JULIO DE 2024 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA CON SUS SUBESPECIALIDADES (RETINOLOGIA Y VITREO, GLAUCOMA, SEGMENTO ANTERIOR, CORNEA Y ATENCION POR OPTOMETRIA), APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, CONSULTA EXTERNA Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL COMITE TECNICOS CIENTIFICOS CTC, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR, SEGUN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2.001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIA NACIONAL.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***260,000,000.00	\$ *****519,288	\$ ****9,000.00	\$ *****100,375	\$ *****628,662

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
NELLYS MARIA MESTRE IZQUIERDO	4866	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)00000000007000320242537

FIRMA TOMADOR

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

CDDA207A0B0DF97D58

CLIENTE

EMOYAPAT 0

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

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 74

No PÓLIZA: **994000013839** ANEXO: **0**

ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **824.006.352-4**

ASEGURADO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXT0 ITEM 1

ASEGURADOS: LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, IDENTIFICADA CON EL NIT. 802.016.407-3 Y OFTALMÓLOGOS ASOCIADOS S.A.S NIT. 824.006.352-4.

BENEFICIARIO: LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, IDENTIFICADA CON EL NIT. 802.016.407-3 Y TERCEROS AFECTADOS.

CLIENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA:	994000013839	ANEXO:	0	TIPO DE MOVIMIENTO:	0	PAGINA:	3
TOMADOR:	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.					IDENTIFICACION:	824.006.352-4

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN	802016407-3	VALLEDUPAR - CESAR	VALLEDUPAR	260,000,000.00	519,288	619,662
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					519,288	619,662	

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202425348

PÓLIZA No: 320-47-994000029082 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47**

COD. AGENCIA: **320** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **23** MES **07** AÑO **2024**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **23** MES **07** AÑO **2024**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **824.006.352-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 16 #15 - 71 P 2 Y 3**

CIUDAD: **VALLEDUPAR, CESAR**

TELÉFONO: **37444292**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

BENEFICIARIO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	23/07/2024	23/05/2025	50,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	23/07/2024	23/05/2028	12,500,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	23/07/2024	23/05/2026	125,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 802016407 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

*****OBJETO DE LA GARANTIA*****

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO NÚMERO 67-7-20123-2024 CELEBRADO ENTRE LA POLICIA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 Y OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S NIT 824006352-4, DE FECHA 23 DE JULIO DE 2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA CON SUS SUBESPECIALIDADES (RETINOLOGIA Y VITREO, GLAUCOMA, SEGMENTO ANTERIOR, CORNEA Y ATENCION POR OPTOMETRIA), APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, CONSULTA EXTERNA Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICOS CIENTÍFICOS CTC, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR, SEGUN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2.001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIA NACIONAL.

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LAS PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS Y QUE LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.

EL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA ES:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***187,500,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****1,179,185	GASTOS EXPEDICION: \$****15,000.00	IVA: \$ *****226,895	TOTAL A PAGAR: \$ *****1,421,080
---	--	--	--------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO NELLYS MARIA MESTRE IZQUIERDO	CLAVE 4866	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
--	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.cowa_digitalclientinfofin

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX)

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000320242534

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDA207A0B0DF97D5B

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

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 47

No PÓLIZA: **994000029082** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **OFTALMOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **824.006.352-4**

ASEGURADO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

BENEFICIARIO: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**

IDENTIFICACIÓN: NIT **802.016.407-3**

TEXTO ITEM 1

LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, IDENTIFICADA CON EL NIT. 802.016.407-3

CLIENTE



¡Bien hecho!

El pago ha sido debitado de su cuenta. Presione "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado.

Compra online Aseguradora Solidaria de Colombia

Nro. de factura: 32024253710
Descripción del pago: POLIZAS
Nro. de referencia: 186.169.63.211
Nro. de referencia 2: 3202425371
Nro. de referencia 3: NIT - 824006352

Nro. de comprobante: 0000052382
Valor pagado: \$ 628,662.00
Cuenta: *****1260 - Corriente - Corriente

Comprobante de pago en línea



Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: FLAVIO PIÑERES SANDINO

Nro. de factura: 32024253710

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 186.169.63.211

Nro. de referencia 2: 3202425371

Nro. de referencia 3: NIT - 824006352

Fecha y hora de la transacción: Martes 23 de Julio de 2024 05:40:13 PM

Nro. de comprobante: 0000052382

Valor pagado: \$ 628,662.00

Cuenta: *****1260

IMPRESIÓN DE LA TRANSACCIÓN

IMPRESIÓN DE LA TRANSACCIÓN

IMPRESIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Bancolombia S.A.



Pagos PSE - Sucursal Virtual Empresas

Su última visita fue: Martes 23 de Julio de 2024 a las 05:46 PM
Fecha y hora actual: Martes 23 de Julio de 2024 5:48:27 PM

Tienda Virtual o Recaudador: **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

1 Preparación

2 Verificación

3 Confirmación



¡Bien hecho!

El pago ha sido debitado de su cuenta. Presione "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el

Compra online Aseguradora Solidaria de Colombia

Nro. de factura:	32024253480
Descripción del pago:	POLIZAS
Nro. de referencia:	186.169.63.211
Nro. de referencia 2:	3202425348
Nro. de referencia 3:	NIT - 824006352
Nro. de comprobante:	0000046916
Valor pagado:	\$ 1,421,080.00
Cuenta:	*****1260 - Corriente - Corriente

Comprobante

de pago en línea



Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: FLAVIO PIÑERES SANDINO

Nro. de factura: 32024253480

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 186.169.63.211

Nro. de referencia 2: 3202425348

Nro. de referencia 3: NIT - 824006352

Fecha y hora de la transacción: Martes 23 de Julio de 2024 05:47:55 PM

Nro. de comprobante: 0000046916

Valor pagado: \$ 1,421,080.00

Cuenta: *****1260