

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4303678991

PÓLIZA No: 430 -89 - 994000008039 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI SUR** COD. AGE: 430 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
15	12	2025	12	12	2025	23:59	12	12	2026	23:59	365	15	12	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
12	12	2025	23:59	12	12	2026	23:59	365			
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARIA CECILIA RAMIREZ LOPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **66.655.946**

DIRECCIÓN: **CRA 10 # 9-42** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3103842621**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARIA CECILIA RAMIREZ LOPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **66.655.946**

DIRECCIÓN: **CRA 10 # 9-42** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3103842621**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **EL CERRITO**

DIRECCION: **CARRERA 10 No. 9-42**

ACTIVIDAD: **FONOAUDIOLOGO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 260,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		260,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		260,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		260,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		260,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		26,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **FONOAUDIÓLOGA**

OBJETO:
Otgorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***260,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****220,090	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ *****44,667	TOTAL A PAGAR: \$ *****279,757
---	--	--	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
LUZ ELENA VICTORIA CAICEDO	5326	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  **FIRMA TOMADOR** 

(415)7701861000019(8020)0000000007000430367899

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

EXT. YRODRIGUEZ 0

CADB207B0908F47756

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