

↑

Documento Externo No. 994000002897

PROVEEDO		ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD C		POR CONCEPTO DE	
NIT		860524654 6		POLIZA NIÑOS CDI HI1833	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO		
CL 100 9A 45 PISO 8 Y 12			6017919180		
FECHA DOCUMENTO		FECHA VENCIMIENTO		COMPRÓ	FORMA DE PAGO
viernes, 21 de noviembre de 2025		21-nov-25		CRISTIAN CAMILO MOSQUERA TIRADO	Credito

Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Total
SEGUROS (POLIZAS)	1,00	Und.	125.316	0%	125.316

125.316

Firma Responsable _____ **Entregado Por** _____

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4603375363

PÓLIZA No: 460 -2 - 994000002897 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CUCUTA QUINTA VELEZ**

COD. AGENCIA: 460 RAMO: 2

DIA MES AÑO
21 11 2025

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2025 23:59

DIA MES AÑO HORAS
30 11 2025 23:59 12

DIA MES AÑO
21 11 2025

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**

IDENTIFICACIÓN: NIT **818001449-5**

DIRECCIÓN: **LUGAR BAHIA SOLANO**

CIUDAD: **BAHÍA SOLANO (MUTIS), CHOCÓ**

TELÉFONO: **3122482827**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY**

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	4000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	5000000.00
DESMEMBRACION	4000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1500000.00
RENTA DIARIA POR HOSP.	440000.00
RIESGO BIOLOGICO	3000000.00
GASTOS DE TRASLADO	400000.00
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	4000000.00
REHABILITACION INTEGRAL	4000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	5000000.00
EXT. COBERTURA INVALIDEZ	3000000.00
RIESGO QUIMICO	500000.00
ENFERMEDADES TROPICALES	500000.00
GASTOS ATENC MEDICA QUIR Y HOSPI	5000000.00
GASTOS EMERGENTES	1000000.00
AUX FUNERARIO MUERTE ACCID	1500000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****25,500,000.00	VALOR PRIMA: \$*****127,865.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****127,865.00
---	--	--------------------	----------------------------	--

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MOROS SANCHEZ AMPARO	3283	100			

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.

ESTE SEGURO ES DE RENOVACION MENSUAL AUTOMATICA PREVIO PAGO DE LA PRIMA Y HASTA EL DIA 20 DEL MES 11 DE 2026 A LAS 23:59 HORAS, MANTENIENDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS COMERCIALES.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000460337536

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

GCASTILLO 0

CADE207B0C08F97D59

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/s/le1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf>