

Nit 818001449

Documento Externo No. 994000002897

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

Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Total
SEGUROS (POLIZAS)	1,00	Und.	2.549	0%	2.549

Valor en Letras

DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	2.549
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL DOCUMENTO	2.549

Firma Responsable _____ Entregado Por _____

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

**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

DIAS

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**

TÉLEFONO: **3122482827**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TÉLEFONO:

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	500000.00
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
MOROS SANCHEZ AMPARO

CLAVE
3283

%PART
100

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.

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)000000000007000460337536

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN/NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADE207B0C08F97D59

CLIENTE

GCASTILLO 0