

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202729079

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000010482 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA	COD. AGE: 320	RAMO: 89	PAP:
DIA 27 MES 01 AÑO 2026	DIA 27 MES 01 AÑO 2026 HORAS 23:59	DIA 11 MES 12 AÑO 2026 HORAS 23:59 DIAS 318	DIA 27 MES 01 AÑO 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION	DIA 27 MES 01 AÑO 2026 HORAS 23:59	DIA 11 MES 12 AÑO 2026 HORAS 23:59 DIAS 318
VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: KATHERINE PAOLA ARCIA PANNEFLEK	IDENTIFICACIÓN: CC 1082.869.196
DIRECCIÓN: MZ65CASA11 EL PANDO	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA TELÉFONO: 3228635487

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: KATHERINE PAOLA ARCIA PANNEFLEK	IDENTIFICACIÓN: CC 1082.869.196
DIRECCIÓN: MZ65CASA11 EL PANDO	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA TELÉFONO: 3228635487
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: **CALLE 30 #65 - 11 SUR**
ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		400,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		40,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACUERDA QUE A PARTIR DE 27/01/2026 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP \$400,000.000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR. QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LÍMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION DEL ANEXO. PARA LOS DEMAS CASOS, APLICARAN LAS CONDICIONES PREVIAS CONTRATADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****47,874	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****9,096	TOTAL A PAGAR: \$ *****56,970
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE CARIBE SEGUROS LIMITADA -	CLAVE 9764	%PART 100.00	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.

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 PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

 FIRMA ASEGURADOR	 (415)7701861000019(8020)00000000007000320272907	 FIRMA TOMADOR
--	---	---

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

CDDA207A080AF47A56 **CLIENTE**  **EXTLBALLEN 0**