

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202501494

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000007334 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47				COD. AGE: 320				RAMO: 89				PAP:															
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO													
24	01	2025		23	01	2025	23:59	11	12	2025	23:59	322	24	01	2025												
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DÍAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				DIA				MES				AÑO				HORAS				DIA				MES				AÑO				HORAS				DÍAS			
				23				01				2025				23:59				11				12				2025				23:59				322			
				VIGENCIA DEL ANEXO								VIGENCIA DESDE				A LAS								VIGENCIA HASTA				A LAS											

DATOS DEL TOMADOR																																															
NOMBRE: AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO																IDENTIFICACIÓN: CC 36.669.301																															
DIRECCIÓN: CALLE 11 D# 21-119 APTO 202 LOS OLIVOS																CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA																TELÉFONO: 3012840023															

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																																															
ASEGURADO: AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO																IDENTIFICACIÓN: CC 36.669.301																															
DIRECCIÓN: CALLE 11 D# 21-119 APTO 202 LOS OLIVOS																CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA																TELÉFONO: 3012840023															
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS																IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8																															

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS															
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA															
DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL															
ACTIVIDAD: ENFERMERA															
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO															
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO \$ 300,000,000.00															
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA 300,000,000.00															
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO 300,000,000.00 0.00															
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 300,000,000.00 0.00															
SUSTITUCION PROVISIONAL 300,000,000.00 0.00															
GASTOS DE DEFENSA 30,000,000.00 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 LA FECHA DE EXPEDICION DEL ENDOSO (23/01/2025) SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP \$ 300.000.000 POR EVENTO / VIGENCIA 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 EXPEDICION 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:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ****50,000,000.00	\$ *****41,070	\$ *****0.00	\$ *****7,803	\$ *****48,874

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	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)00000000007000320250149	FIRMA TOMADOR

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

CDDA207A0A0DFD7B5F

CLIENTE



OGRADE 0