

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4752444002**

**PÓLIZA No: 475 -89 - 994000004194 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.** COD. AGE: 475 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
09	01	2026		08	01	2026	23:59	29	07	2026	23:59	202				09	01	2026	
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	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
08	01	2026	23:59	29	07	2026	23:59	29	07	2026	23:59	202			
VIGENCIA DEL ANEXO DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				DÍAS							

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **YUREINIS GIRALDO SARABIA** IDENTIFICACIÓN: CC **1116.493.089**

DIRECCIÓN: **SECTOR BUENOS AIRES VEREDA MONCERRATE** CIUDAD: **ARAUCA, ARAUCA** TELÉFONO: **3228962022**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **YUREINIS GIRALDO SARABIA** IDENTIFICACIÓN: CC **1116.493.089**

DIRECCIÓN: **SECTOR BUENOS AIRES VEREDA MONCERRATE** CIUDAD: **ARAUCA, ARAUCA** TELÉFONO: **3228962022**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NORTE DE SANTANDER** CIUDAD: **CÚCUTA**

DIRECCION: **VIA URBANA No. 0-0**

ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 350,181,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		350,181,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		350,181,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		350,181,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		350,181,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		35,018,100.00	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

EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AUMENTO DE VALOR ASGURADO POR SOLICITUD DEL TOMADOR

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****65,481,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****19,913	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****3,784	TOTAL A PAGAR: \$ *****23,697
--	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
EVA YOSENI MEDINA TORRES	5079	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/entaces-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** (415)7701861000019(8020)0000000007000475244400

**FIRMA TOMADOR**

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

RNAVARRO 0

CADF257A080BF87C5C 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

Compañía de Seguros  
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA