

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**7750211083**

**PÓLIZA No: 775 -89 - 994000005965 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS PASTO** COD. ARI: 775 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
11	05	2026	12	05	2026	23:59	12	05	2027	23:59	365	11	05	2026					
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS			FECHA DE IMPRESIÓN			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION				

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO: **12 05 2026 23:59** **12 05 2027 23:59** **365**

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **DIANA MAYTHE CANCHALA GUERRA** IDENTIFICACIÓN: CC **24.335.138**

DIRECCIÓN: **CRA 9#591 LOS PINOS** CIUDAD: **SAN FRANCISCO, PUTUMAYO** TELÉFONO: **3183868908**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **DIANA MAYTHE CANCHALA GUERRA** IDENTIFICACIÓN: CC **24.335.138**

DIRECCIÓN: **CRA 9#591 LOS PINOS** CIUDAD: **SAN FRANCISCO, PUTUMAYO** TELÉFONO: **3183868908**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **PUTUMAYO** CIUDAD: **SAN FRANCISCO**

DIRECCIÓN: **CARRERA 1 A NORTE #2 S - 3 NORTE**

ACTIVIDAD: **FISIOTERAPEUTA**

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LÍMITE 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 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL**

**OFICINA JURIDICA**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****00,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****338,600	GASTOS EXPEDICIÓN: \$ *****15,000.00	IVA: *****67,184	TOTAL A PAGAR: \$ *****420,784
---	---------------------------------	---	---------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE: <b>CARLOS GIOVANI MAYA OUSDA</b>	CLAVE: <b>8294</b>	%PART: <b>100.00</b>	NOMBRE COMPAÑIA: <b>COASEGURO CEDIDO</b>

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://aseguradora.solidaria.com.co/intermediario-de-intervencion-de-clientes/intermediario-de-clientes.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.aseguradora.solidaria.com.co> EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000619(8020)00000000007000775021108

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 44-45 Piso 2 Bogotá

C9DP25780D03FD7857 CLIENTE CARLMAYA 0

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC-93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros