

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4752240202**

**POLIZA No.: 475 -89 - 99400002815 ANEXO:3**

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

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
08	01	2026	23:59	07	01	2026	23:59	17	07	2026	23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN: 08/01/2026 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 07/01/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA DESDE: 07/01/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 17/07/2026 A LAS 23:59

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION: **MODIFICACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
07	01	2026	23:59	17	07	2026	23:59	17	07	2026	23:59

VIGENCIA DEL ANEXO: 07/01/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 17/07/2026 A LAS 23:59

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **LEIDYS TERESA SOLER LANCACHO** IDENTIFICACIÓN: CC **1116.787.703**

DIRECCIÓN: **T10 BL6 - AP 105, LAURELES** CIUDAD: **ARAUCA, ARAUCA** TELÉFONO: **3224316525**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **LEIDYS TERESA SOLER LANCACHO** IDENTIFICACIÓN: CC **1116.787.703**

DIRECCIÓN: **T10 BL6 - AP 105, LAURELES** CIUDAD: **ARAUCA, ARAUCA** TELÉFONO: **3224316525**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ARAUCA** CIUDAD: **ARAUCA**

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	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTIC		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 SMLMV 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 ASEGURADO POR SOLICITUD DEL TOMADOR

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****65,481,000.00	VALOR PRIMAS: \$ *****329	GASTOS EXPEDICIÓN: \$ *****0.00	TOTAL A PAGAR: \$ *****3,577	TOTAL A PAGAR: \$ *****22,406
--	---------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
EVA YOSANI 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 DARÁ 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 POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)0000000007000475224020

**FIRMA TOMADOR**

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

CADFE257A080BFF7A5E

CLIENTE

RNAVARRO 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

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