

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7750212685

PÓLIZA No: 775 -89 - 994000006013 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO	COD ADE: 775	R/AMO: 89	PAP:
DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2026	DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2026	DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2027	DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL	A LAS: 23:59	A LAS: 23:59	DÍAS: 365
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL ANEXO
DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2026	DIA: 13 MES: 05 AÑO: 2027
HORAS: 23:59	HORAS: 23:59
DÍAS: 365	DÍAS: 365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JOHN ALEXANDER SACANAMBUY JACANAMEJOY** IDENTIFICACIÓN CC: **1124.867.304**

DIRECCIÓN: **BARRIO LAS PALMAS** CIUDAD: **COLÓN, PUTUMAYO** TELÉFONO: **3236075770**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **JOHN ALEXANDER SACANAMBUY JACANAMEJOY** IDENTIFICACIÓN CC: **1124.867.304**

DIRECCIÓN: **BARRIO LAS PALMAS** CIUDAD: **COLÓN, PUTUMAYO** TELÉFONO: **3236075770**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **PUTUMAYO** CIUDAD: **COLÓN**

DIRECCIÓN: **CARRERA 1 A NORTE 42 A - 3 NORTE**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCIÓN AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LÍMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	\$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	200,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	200,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	20,000,000.00	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
1:15 PM
14-05-26.

VALOR ASEGURADO TOTAL \$ ***200,000,000.00	VALOR PRIMA \$ *****109,900	GASTOS EXPEDICIÓN \$ ****15,000.00	IVA *****23,731	TOTAL A PAGAR \$ *****148,631
---	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO NOMBRE: **CARLOS GEOVANI MAYA UJEDA** CLAVE: **8254** SPART: **100.00**

COASEGURO CEDIDO NOMBRE COMPAÑIA: **COASEGURO CEDIDO** SPART: **100.00** VALOR ASEGURADO: **200,000,000.00**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA 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 CLAUDULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR ACCEDA AL SIGUIENTE LINK: <https://www.aseguradora-solidaria.com> 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> EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y DIVOS".

FIRMA ASEGURADOR: (415)7701861000019(8020)000000000077000775021268

FIRMA TOMADOR:

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-5 Piso 12 Bogotá

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.

Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE