

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202667246

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000009740 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA				COD. AGE: 320				RAMO: 89				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
27	01	2026		27	01	2026	23:59	05	09	2026	23:59	221	27	01	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION					DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
					27	01	2026	23:59	05	09	2026	23:59	221
					VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES		IDENTIFICACIÓN: CC 1082.874.656	
DIRECCIÓN: CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30		CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	
		TELÉFONO: 3225503001	

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES		IDENTIFICACIÓN: CC 1082.874.656	
DIRECCIÓN: CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30		CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	
		TELÉFONO: 3225503001	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

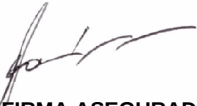
DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	
		CIUDAD: LA PEÑA	
DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 VEREDA BETORO			
ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		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 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 27/01/2026 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP \$400,000.000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR. QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LIMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION 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: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****33,271	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****6,322	TOTAL A PAGAR: \$ *****39,593
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE CARIBE SEGUROS LIMITADA -	CLAVE 9764	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA 	VALOR ASEGURADO

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/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 PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000320266724	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá	CLIENTE		EXTLBALLEN 0
---	---------	---	---------------------

CDDA207A080AF47656