CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFIN **FACTURA DE COMPRA** 3

Nit 818001449 **Documento Externo No. 994000002896**

PROVEEDO	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD C	**POR CONCEPTO DE**	
NIT	860524654 6	POLIZA NIÑOS HI CE1889	
DIRECCION	**CIUDAD** / **TELEFONO**		
CL 100 9A 45 PISO 8 Y 12	6017919180		

FECHA DOCUMENTO	**FECHA VENCIMIENTO**	**COMPRÓ**	**FORMA DE PAGO**
jueves, 20 de noviembre de 2025	20-nov-25	CRISTIAN CAMILO MOSQUERA TIRADO	Credito

Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Total
SEGUROS (POLIZAS)	1,00	Und.	48.427	0%	48.427

Valor en Letras

CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	48.427
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL DOCUMENTO	48.427

Firma Responsable_____ **Entregado Por**_____

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

Compañía de Seguros

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4603373970

PÓLIZA No: 460 - 2 - 994000002896 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CUCUTA QUINTA VELEZ** COD. AGENCIA: 460 RAMO: 2

DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
20	11	2025		18	11	2025	23:59		30	11	2025	23:59	12	20	11	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES** IDENTIFICACIÓN: NIT **818001449-5**

DIRECCIÓN: LUGAR BAHIA SOLANO CIUDAD: BAHÍA SOLANO (MUTIS), CHOCÓ TELÉFONO: 3122482827

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	4000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	5000000.00
DESMEMBRACION	4000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1500000.00
RENTA DIARIA POR HOSP.	440000.00
RIESGO BIOLOGICO	3000000.00
GASTOS DE TRSALADO	400000.00
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	4000000.00
REHABILITACION INTEGRAL	4000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	5000000.00
EXT. COBERTURA INVALIDEZ	500000.00
RIESGO QUIMICO	500000.00
ENFERMEDADES TROPICALES	500000.00
GTOS ATENC MEDICA QUIR Y HOSPI	5000000.00
GASTOS EMERGENTES	100000.00
AUX FUNERARIO MUERTE ACCID	1500000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$**********25,500,000.00	$*********332,618.00		$***********0.00	$*********332,618.00

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MOROS SANCHEZ AMPARO	3283	100

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	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.

TE SEGURO ES DE RENOVACION MENSUAL AUTOMATICA PREVIO PAGO DE LA PRIMA Y HASTA EL DIA 20 DEL MES 11 DE 2026 A LAS 23:59 HORAS, MANTENIENDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS COME

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000460337397

FIRMA TOMADOR

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

CADE207B0C08FF7758

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 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA