Aseguradora Solidaria de Colombia

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., Bogotá, D.c., Colombia
Teléfono 6076854848
Correo Electrónico loaraque@solidaria.com.co
www.aseguradorasolidaria.com.co

Factura Electrónica De Venta 400F459245
Referencia 8400993369
Plan 8400993369
Recaudo 8400993369

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	890202002	6077267133	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIO
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
CR 2 1 06 40	BARICHARA, Colombia	ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago	Plazo
26.02.2026 11:26:00	26.03.2026	26.02.2026 14:54:24-05:00	Crédito	Pago y depósito pre acordado (PPD)	26.03.2026

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Final Periodo De Facturación
26.02.2026 14:54:28	28.02.2026 00:00:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	U/M	UNITARIO	DESCUENTOS/CARGOS		IMPUESTO		VALOR TOTAL
						%	VALOR	%	VALOR	
1	84131503	Prima POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES	1	NAR	13.637.318,00			IVA 19,00	2.591.090,42	13.637.318,00
2	82121507	Gastos de Emisión	1	NAR	9.999,65			IVA 19,00	1.899,93	9.999,65

Tipo de operación: Estándar-10

Total Linea Detalles: 2

Aseguradora Solidaria de Colombia

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., Bogotá, D.c., Colombia
Teléfono 6076854848
Correo Electrónico loaraque@solidaria.com.co
www.aseguradorasolidaria.com.co

Factura Electrónica De Venta 400F459245
Referencia 8400993369
Plan 8400993369
Recaudo 8400993369

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	890202002	6077267133	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIO
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
CR 2 1 06 40	BARICHARA, Colombia	ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago	Plazo
26.02.2026 11:26:00	26.03.2026	26.02.2026 14:54:24-05:00	Crédito	Pago y depósito pre acordado (PPD)	26.03.2026
Fecha Inicio Periodo De Facturación		**Fecha Final Periodo De Facturación**			
26.02.2026 14:54:28		28.02.2026 00:00:00			

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

USUARIO: LOARAQUE.
AGENCIA:SEAS SAN GIL - CARRERA 9 NO.11-89 OF.204 - Colombia - Santander - SAN GIL - CORREO: loaraque@solidaria.com.co - TELEFONO: 6076854848
ACLARACIONES 1. ASEGURADORA SOLIDARIA, EN CASO DE AVERIA O VARADA, NO SE HACE RESPONSABLE DEL TRASLADO DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES ESTE PRESTANDO EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA. 2. NO SE AGURAN LOS EQUIPOS MEDICOS. 3. VALOR ASEGURADO:VEHICULO $ 124.000.000ADECUACIONES $ 41.410.000TOTAL: $ 165.410.000 NOTA ACLARATORIA: La asistencia Solidaria otorgada en la presente póliza corresponde a la definida en el producto PLUS del Condicionado General de Automóviles qu
SON: DIEZ Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTAMIL TRESCIENTOS OCHO PESOS
POLIZA NRO.: 840-40-994000001417-2

SUBTOTAL	13.647.317,65
IVA 19,00%	2.592.990,35
TOTAL OPERACIÓN COP	**16.240.308,00**
TOTAL A PAGAR CLIENTE	**16.240.308,00**

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 EXIGÍR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE: Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764090502040 con vigencia del 2025-03-14 al 2026-09-14 . Numeración habilitada del 400F363893 al 400F500000
GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DE DICIEMBRE 03 DE 1993. AUTORETENEDOR POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS. RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS – REGIMEN COMÚN. ACTIVIDAD INDUSTRIA Y COMERCIO CÓDIGO CIIU 6511. RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL ARTICULO 19-4 ESTATUTO TRIBUTARIO. ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Autorización de Numeración de Facturación No 18764090502040 válido desde 14/03/2025 hasta 14/09/2026 Rango desde 400F363893 Hasta 400F500000
CUFE: 052a7831fae7227bb2a32cb91c75a1e648e50a6dd0c129c40de78dec08fbfb26664993f72962e239c8ddcceaba747c83
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
Firma Digital:
qou0ye4s7E6VHXNtlrY+jDqr4zR6PPYCfnwXJuC8px8Vzb+Nf4FrR7Cmms9nQfiAwQ4U+N0/97jlM/bkAmLpxfa7SVuDFSEQp+SvpZk+GWKKG80AXc4pxsVycuc8GB0ZFtqRbyUAn5dVzB44Fjg85meVUhPMVs/Ec842r612xGUxVAFOOb3JVSWQ2sr66yfaITQVt2/tJsjJxUxQrxhXcYeJGZmIw+cRhZISSeL35VazeguynNZ7Fgv5IBXCo4SLcEv59Jr58ifMzIJf77PAo4Vwu4eYJQIQ6YiHHuM8XFxD33Bk06Hq0oge+07uRaG8QZvQpsCqLO+gZwoyHllXg==

(415)7701861000019(8020)000000000007000840099336

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT
860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., BOGOTÁ, D.C., Colombia
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA 400F459245
Referencia 8400993369
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP 16.240.308,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA
Id 890202002 Dirección: CR 2 1 06 40 Teléfono: 6077267133 Correo Electrónico: ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM

Código de Banco	Cheque No.	Valor $	Cantidad de Cheques	**TOTAL CHEQUE $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**EFECTIVO $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**VALOR PAGADO $**

DATOS GENERALES

AGENCIA EXPEDIDORA:	SEAS SAN GIL	TOMADOR:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
CÓDIGO DE AGENCIA:	840	ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
TIPO DE MOVIMIENTO:	RENOVACION	BENEFICIARIO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
NÚMERO DE PÓLIZA	840-40-994000001417-2	FECHA DE EXPEDICIÓN:	26/02/2026
VIGENCIA DESDE:	05/03/2026	VIGENCIA HASTA:	05/03/2027

DATOS DEL RIESGO:

PRODUCTO:	SOLI PUBLICO	PLAN COBERTURA:	AMBULANCIAS LICITACIONES
CLASE:	PICKUP SENCILLA	MARCA:	NISSAN
TIPO:	FRONTIER [4] 2.5L MT 2500CC 4X2 A	PLACA:	MYT670
MODELO:	2024	SERVICIO:	AMBULANCIAS

TEXTO ACLARATORIO

ACLARACIONES	ACLARACIONES 1.	ASEGURADORA SOLIDARIA, EN

Aseguradora Solidaria de Colombia

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., Bogotá, D.c., Colombia
Teléfono 6076854848
Correo Electrónico kavelasquez@solidaria.com.co
www.aseguradorasolidaria.com.co

Factura Electrónica De Venta 400F462257
Referencia 8401046282
Plan 8401046282
Recaudo 8401046282

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	890202002	6077267133	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIO
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
CR 2 1 06 40	BARICHARA, Colombia	ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago	Plazo
09.03.2026 09:11:00	09.04.2026	09.03.2026 09:32:03-05:00	Crédito	Pago y depósito pre acordado (PPD)	09.04.2026
Fecha Inicio Periodo De Facturación		**Fecha Final Periodo De Facturación**			
09.03.2026 09:32:14		31.03.2026 00:00:00			

DETALLE DE LA FACTURA

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	U/M	UNITARIO	DESCUENTOS/CARGOS %	DESCUENTOS/CARGOS VALOR	IMPUESTO %	IMPUESTO VALOR	VALOR TOTAL
1	84131607	Prima POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS	1	NAR	2.400.000,00			IVA 19,00	456.000,00	2.400.000,00
2	82121507	Gastos de Emisión	1	NAR	15.000,00			IVA 19,00	2.850,00	15.000,00

Tipo de operación: Estándar-10

Total Linea Detalles: 2

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

USUARIO: KAVELASQUEZ.
AGENCIA:SEAS SAN GIL - CARRERA 9 NO.11-89 OF.204 - Colombia - Santander - SAN GIL - CORREO: kavelasquez@solidaria.com.co - TELEFONO: 6076854848

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS
POLIZA NRO.: 840-88-994000000052-0

SUBTOTAL	2.415.000,00
IVA 19,00%	458.850,00
TOTAL OPERACIÓN COP	**2.873.850,00**
TOTAL A PAGAR CLIENTE	**2.873.850,00**

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 EXIGÍR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE: Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764090502040 con vigencia del 2025-03-14 al 2026-09-14 . Numeración habilitada del 400F363893 al 400F500000
GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DE DICIEMBRE 03 DE 1993. AUTORETENEDOR POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS. RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS – REGIMEN COMÚN. ACTIVIDAD INDUSTRIA Y COMERCIO CÓDIGO CIIU 6511. RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL ARTICULO 19-4 ESTATUTO TRIBUTARIO. ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Autorización de Numeración de Facturación No 18764090502040 válido desde 14/03/2025 hasta 14/09/2026 Rango desde 400F363893 Hasta 400F500000
CUFE: 57afaf8c917bc842bc9cd93f08842e63910e44876532084a75d2e6778647a995e6532d30e80aaba8ab9f150e64b52410
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
Firma Digital:
El3[illegible]4KCaV039ExJbTjmM0TyB8JqLDzoxVFWjdpJj1iSKp8SfykvRrpoNJM35Ad9iEQFMBQKBI2Zm5OYWOlQH5PDivzFF7+YloFOptE0hRfn/AQLvRUiBIUB/1z/wdG8k/J18mJXG+cDJG/Uv3zhZlqHnJmIBBf9TGLutCKLyWuwr/IyYGpHEtxSA7gNwTJu/mhFAD6hhN4YlwkX/jKWM9PUHvuIXfvfGmh6H2tW+NMYGzji0Dl9d/gnCoj/K6X3Bqa1W1iNyLMDVk4nJ2lkOTkEJR+RLzD4C7aUf9wzTY/w9iylix+yXeQMTQHJXM1Cf9CmyzYaGg0fSxqkp9lZw==

(415)7701861000019(8020)000000000007000840104628

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT
860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., BOGOTÁ, D.C., Colombia
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA 400F462257
Referencia 8401046282
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP 2.873.850,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA
Id 890202002 Dirección: CR 2 1 06 40 Teléfono: 6077267133 Correo Electrónico: ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM

Código de Banco	Cheque No.	Valor $	Cantidad de Cheques	**TOTAL CHEQUE $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**EFECTIVO $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**VALOR PAGADO $**

DATOS GENERALES

AGENCIA EXPEDIDORA:	SEAS SAN GIL	TOMADOR:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
CÓDIGO DE AGENCIA:	840	ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
TIPO DE MOVIMIENTO:	EXPEDICION	BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS NIT: 1-8
NÚMERO DE PÓLIZA	840-88-994000000052-0	FECHA DE EXPEDICIÓN:	09/03/2026
VIGENCIA DESDE:	11/03/2026	VIGENCIA HASTA:	11/03/2027

DATOS DEL RIESGO:

GIRO DEL NEGOCIO:	HOSPITAL	DIRECCIÓN DEL RIESGO:	CARRERA 2 No. 1-6 /40
PAIS:	COLOMBIA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
MUNICIPIO:	BARICHARA		

Aseguradora Solidaria de Colombia

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., Bogotá, D.c., Colombia
Teléfono 6076854848
Correo Electrónico gadames@solidaria.com.co
www.aseguradorasolidaria.com.co

Factura Electrónica De Venta 400F466559
Referencia 8401049104
Plan 8401049104
Recaudo 8401049104

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	890202002	6077267133	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIO
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
CR 2 1 06 40	BARICHARA, Colombia	ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago	Plazo
24.03.2026 17:55:00	24.04.2026	24.03.2026 17:54:57-05:00	Crédito	Pago y depósito pre acordado (PPD)	24.04.2026
Fecha Inicio Periodo De Facturación		**Fecha Final Periodo De Facturación**			
24.03.2026 17:55:05		31.03.2026 00:00:00			

DETALLE DE LA FACTURA

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	U/M	UNITARIO	DESCUENTOS/CARGOS %	DESCUENTOS/CARGOS VALOR	IMPUESTO %	IMPUESTO VALOR	VALOR TOTAL
1	84131603	Prima SOAT	1	NAR	728.900,00					728.900,00
2	93161701	Tasa Runt900330734	1	NAR	2.400,00					2.400,00
3	93161701	Contribución-Fosyga901037916	1	NAR	379.000,00					379.000,00

Tipo de operación: Estándar-10

Total Linea Detalles: 3

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

USUARIO: USRSOATWEB,
AGENCIA:SEAS SAN GIL - CARRERA 9 NO.11-89 OF.204 - Colombia - Santander - SAN GIL - CORREO: gadames@solidaria.com.co - TELEFONO: 6076854848

SON: UN MILLONES CIENTO DIEZ MIL TRESCIENTOS PESOS
POLIZA NRO.: 8400008965

SUBTOTAL	1.110.300,00
TOTAL OPERACIÓN COP	**1.110.300,00**
TOTAL A PAGAR CLIENTE	**1.110.300,00**

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.LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE: Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764090502040 con vigencia del 2025-03-14 al 2026-09-14 . Numeración habilitada del 400F363893 al 400F500000
GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DE DICIEMBRE 03 DE 1993. AUTORETENEDOR POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS. RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS – REGIMEN COMÚN. ACTIVIDAD INDUSTRIA Y COMERCIO CÓDIGO CIIU 6511. RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL ARTICULO 19-4 ESTATUTO TRIBUTARIO. ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Autorización de Numeración de Facturación No 18764090502040 válido desde 14/03/2025 hasta 14/09/2026 Rango desde 400F363893 Hasta 400F500000
CUFE: c3d33ad89aecf5cc73ae0005f53e1a225e0a5bf7479f1d557a37cb054765c549eaa201e5fbf6461de73f32fd31a50e16
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
Firma Digital:
JiLL QPX1uYbKYtRuv67KVvpQXWY+Oc3G62T00/bq5dEsiJXBul2H4l0/D9IwuMjzjIwVbwYRW4ReXye83sBOio53sN84QiBFilh1KbzWJYROPWt76EUoIYu4NjK46RcWtuviEVZXsSKtfL8EP7T/JP/B5WpiXoJuHkXzFKA/4LKJzU6LlKpnNNOBFcFEQ24LLDh8Qj9jHySxkcSVbxDKBh9kO//cc+FKgRCjidIL204USPzW4Vk26UuhsZYirV9TMED9VcgW0nkC8KeALSrtuyaRfazQF6av/ITpIFlkZ44yz8861OOR7TBN/4j860PEqc3Nsr+BGzNmvKO6Vw==

(415)7701861000019(8020)000000000007000840104910

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., BOGOTÁ, D.C., Colombia
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA 400F466559
Referencia 8401049104
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP 1.110.300,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA
Id 890202002 Dirección: CR 2 1 06 40 Teléfono: 6077267133 Correo Electrónico: ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM

Código de Banco	Cheque No.	Valor $	Cantidad de Cheques	**TOTAL CHEQUE $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**EFECTIVO $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**VALOR PAGADO $**

DATOS GENERALES

AGENCIA EXPEDIDORA:	SEAS SAN GIL	TOMADOR:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
CÓDIGO DE AGENCIA:	840	ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
TIPO DE MOVIMIENTO:	EXPEDICION	NÚMERO DE PÓLIZA	8400008965
FECHA DE EXPEDICIÓN:	24/03/2026	VIGENCIA DESDE:	25/03/2026
VIGENCIA HASTA:	24/03/2027		

DATOS DEL RIESGO:

CLASE:	CAMPEROS Y CAMIONETAS	MARCA:	RAM
TIPO:	1500	PLACA:	OSE557
MODELO:	2023	SERVICIO:	OFICIAL
TARIFA:	2-231-2026		

Aseguradora Solidaria de Colombia

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT: 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., Bogotá, D.c., Colombia
Teléfono 6076854848
Correo Electrónico gadames@solidaria.com.co
www.aseguradorasolidaria.com.co

Factura Electrónica De Venta 400F469012
Referencia 8401050128
Plan 8401050128
Recaudo 8401050128

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	890202002	6077267133	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIO
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
CR 2 1 06 40	BARICHARA, Colombia	ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago	Plazo
01.04.2026 14:46:00	01.05.2026	01.04.2026 14:46:15-05:00	Crédito	Pago y depósito pre acordado (PPD)	01.05.2026
Fecha Inicio Periodo De Facturación		**Fecha Final Periodo De Facturación**			
01.04.2026 14:46:16		30.04.2026 00:00:00			

DETALLE DE LA FACTURA

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	U/M	UNITARIO	DESCUENTOS/CARGOS		IMPUESTO		VALOR TOTAL
						%	VALOR	%	VALOR	
1	84131603	Prima SOAT	1	NAR	992.300,00					992.300,00
2	93161701	Tasa Runt900330734	1	NAR	2.400,00					2.400,00
3	93161701	Contribución-Fosyga901037916	1	NAR	515.900,00					515.900,00

Tipo de operación: Estándar-10

Total Línea Detalles: 3

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

USUARIO: USRSOATWEB,
AGENCIA:SEAS SAN GIL - CARRERA 9 NO.11-89 OF.204 - Colombia - Santander - SAN GIL - CORREO: gadames@solidaria.com.co - TELEFONO: 6076854848

SON: UN MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS PESOS
POLIZA NRO.: 8400009015

SUBTOTAL	1.510.600,00
TOTAL OPERACIÓN COP	**1.510.600,00**
TOTAL A PAGAR CLIENTE	**1.510.600,00**

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 EXIGÍR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE: Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764090502040 con vigencia del 2025-03-14 al 2026-09-14 , Numeración habilitada del 400F363893 al 400F500000
GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DE DICIEMBRE 03 DE 1993. AUTORETENEDOR POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS. RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS – REGIMEN COMÚN. ACTIVIDAD INDUSTRIA Y COMERCIO CÓDIGO CIIU 6511. RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL ARTICULO 19-4 ESTATUTO TRIBUTARIO. ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, Autorización de Numeración de Facturación No 18764090502040 válido desde 14/03/2025 hasta 14/09/2026 Rango desde 400F363893 Hasta 400F500000
CUFE: 21920ca2ad168aab660b0d7b3f64881715ac1ed7371e4e6c680e8d250412b23c629904e54dc7b145137fbf9e3b1e379f
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
Firma Digital:
rHC Z6SZoaZDtWTZ8XGCSJgUUluzNEf6CIFtmujuDVs60cAkMHVa6TM4baC4QJXddZgny5r2VnSu5eoiuZJkM2lVgMlhc01M3792K0VZHc9FcNpwKU4zU1Sq1IplatbtLl6kSxqJrKDmRpzsfeRhuB6gaK6dQ942DrJ9ZTZuf6C7+p5Wt/jkcOYxCfJ y1WsXnaMv2dQILQdxKwAb9JONdsnQG4N7gx5WIAU5Cgd8EGVF87ZjzxACGWdyG0XDAmzsv1HdQpipNm8DgBilnil+C5lVnr3U9Zb+TEEgwi81gOwGlzucKnowv8ZnPVqSzWCD7KLcivo5j9dCSULxDA==

(415)7701861000019(8020)000000000007000840105012

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860524654-6
Dirección CALLE 63 NO. 13-34 P 6., BOGOTÁ, D.C., Colombia
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA 400F469012
Referencia 8401050128
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP 1.510.600,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA
Id 890202002 Dirección: CR 2 1 06 40 Teléfono: 6077267133 Correo Electrónico: ESEHOSPITALBARICHARA@HOTMAIL.COM

Código de Banco	Cheque No.	Valor $	Cantidad de Cheques	**TOTAL CHEQUE $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**EFECTIVO $**
Código de Banco	Cheque No.	Valor $		**VALOR PAGADO $**

DATOS GENERALES

AGENCIA EXPEDIDORA:	SEAS SAN GIL	TOMADOR:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
CÓDIGO DE AGENCIA:	840	ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN
TIPO DE MOVIMIENTO:	EXPEDICION	NÚMERO DE PÓLIZA	8400009015
FECHA DE EXPEDICIÓN:	01/04/2026	VIGENCIA DESDE:	04/04/2026
VIGENCIA HASTA:	03/04/2027		

DATOS DEL RIESGO:

CLASE:	OFICIALES ESPECIALES	MARCA:	TOYOTA
TIPO:	HILUX	PLACA:	OSE553
MODELO:	2024	SERVICIO:	OFICIAL
TARIFA:	4-431-2026		

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

SOLI PUBLICO

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
8400993369

PÓLIZA No: 840 -40 - 994000001417 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL | COD. AGE: 840 | RAMO: 40 | PAP: 40 - AGENCIA ADMINISTRADORA EFISEG SAN

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
26 / 02 / 2026		05 / 03 / 2026	23:59	05 / 03 / 2027	23:59	365	05 / 03 / 2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	05 / 03 / 2026	23:59	05 / 03 / 2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

DIRECCIÓN: CARRERA 2 1-6 / 40 | CIUDAD: BARICHARA, SANTANDER | TELÉFONO: 6077267133

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

DIRECCIÓN: CARRERA 2 1-6 / 40 | CIUDAD: BARICHARA, SANTANDER | TELÉFONO: 6077267133

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 PLACA: MYT670 MARCA Y TIPO: NISSAN FRONTIER [4] 2.5L MT 2500CC CLASE: PICKUP SEN

CODIGO: 06420056 CARROCERIA: AMBULANCIA COLOR: BLANCO MODELO: 2024

SERVICIO: AMBULANCIAS MOTOR: QR25493102H CHASIS: 3N6AD35U6ZK454598

DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: NO

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE VR. PERDIDA	DEDUCIBLE MINIMO (SMMLV)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	SI		
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	300,000,000.00	%10.00	2.00
MUERTE O LESION UNA PERSONA	300,000,000.00		
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	600,000,000.00		
PROTECCION PATRIMONIAL	SI		
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	165,410,000.00	%20.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	165,410,000.00	%20.00	4.00
PERDIDA TOTAL POR HURTO	165,410,000.00	%20.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	165,410,000.00	%20.00	4.00
TERREMOTO	165,410,000.00	%20.00	4.00
ASISTENCIA JURIDICA INTEGRAL	SI		
TERRORISMO Y OTROS EVENTOS	165,410,000.00	%20.00	4.00
REEMBOLSO DE GASTOS EXEQUIALES	Límite Aseg. 3 SMM		
ASISTENCIA SOLIDARIA	SI		

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,065,410,000.00	$ *******13,637,318	$****10,000.00	$ ****2,592,990	$ *******16,240,308

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
OMAIRA BARBOSA, ASESORES DE SEGUROS	10882	100.00

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.

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)000000000007000840099336

FIRMA TOMADOR

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

LOARAQUE 0

C6DC20790F0BF8775C

CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 40 No PÓLIZA: **994000001417** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.202.002-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.202.002-1**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.202.002-1**

TEXTO ITEM 1

Esta póliza se rige bajo el clausulado Cód. 09/05/2025-1502-P-03-AUTOS-CL-MDPP-20-D00I
09/05/2025-1502-NT-P-03-P090525MAA14A140

CLAUSULA PARTICULAR COBERTURA DE ASISTENCIA SOLIDARIA

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE SIEMPRE Y CUANDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA SE INDIQUE EXPRESAMENTE ESTA ASISTENCIA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA CUBRE A TRAVES DE SU RED DE PROVEEDORES Y DENTRO DE LA VIGENCIA MISMA DEL SEGURO, LOS CONCEPOS DEFINIDOS EN EL CUADRO DE AMPAROS DEL CONDICIONADO CON LOS TERMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES PREVISTAS PARA EL PRODUCTO PLUS.

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 40 No PÓLIZA: 994000001417 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

TEXTO DE LA POLIZA

ACLARACIONES

1. ASEGURADORA SOLIDARIA, EN CASO DE AVERIA O VARADA, NO SE HACE RESPONSABLE DEL TRASLADO DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES ESTE PRESTANDO EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA.

2. NO SE AGURAN LOS EQUIPOS MEDICOS.

3. VALOR ASEGURADO:
VEHICULO $ 124.000.000
ADECUACIONES $ 41.410.000
TOTAL: $ 165.410.000

NOTA ACLARATORIA:
La asistencia Solidaria otorgada en la presente póliza corresponde a la definida en el producto PLUS del Condicionado General de Automóviles que se puede consultar en el siguiente link:
CL-MDPP-20-CLAUSULADO-AUTOS.pd

CLIENTE

LISTADO DE ASEGURADOS SEGURO DE AUTOMOVILES

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000001417** ANEXO: 2 TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION FACTURACION: 0 PAGINA: 4

TOMADOR: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACION: **890.202.002-1**

RIESGOS

ITEM	ASEGURADO	CÓDIGO	PLACA	MARCA	COLOR
1	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOS	06420056	MYT670	NISSAN	BLANCO
	LIMITE RCE	VALOR VEHICULO	DESCUENTO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
	900,000,000.00	165,410,000.00		13,637,318.00	16,228,408.42

PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
13,637,318.00	**16,228,408.42**

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
8401046282

PÓLIZA No: 840 -88 - 994000000052 **ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGE: 840 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
09	03	2026	11	03	2026	23:59	11	03	2027	23:59	365	09	03	2026

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
11	03	2026	23:59	11	03	2027	23:59	365

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

DIRECCIÓN: CARRERA 2 1-6 / 40 CIUDAD: BARICHARA, SANTANDER TELÉFONO: 6077267133

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

DIRECCIÓN: CARRERA 2 1-6 / 40 CIUDAD: BARICHARA, SANTANDER TELÉFONO: 6077267133

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: SANTANDER CIUDAD: BARICHARA

DIRECCION: CARRERA 2 No. 1-6 /40

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO:
Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ ********2,400,000	$****15,000.00	$ ******458,850	$ ********2,873,850

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
OMAIRA BARBOSA, ASESORES DE SEGUROS	10882	100.00

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.

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)000000000007000840104628

FIRMA TOMADOR

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

KAVELASQUEZ 0

C6DC20790F0BFA7C57 CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia ...nfirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000052 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

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

TEXTO ITEM 1

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE: 11 DE MARZO DE 2025 en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD OCURRENCIA, por los siguientes eventos:
oPropiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
oPosesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
oSuministro de medicamentos.
oSuministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.
Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
oPor Proceso: COP $ 2.000.000
oPor Evento: COP $ 3.000.000.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP $2.000.000 por evento / COP $ 4.000.000 vigencia.

Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:
a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.
b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
c) Ejerzan un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad
Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000052 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

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

TEXTO ITEM 1

Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se adicionan las siguientes:

Asegurado contra Asegurado.
Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos
derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén
exclusivamente proporcionando productos sanguíneos pare las actividades del
asegurado.
Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

6.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000052 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

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

TEXTO ITEM 1

6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a.La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b.Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c.Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d.Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e.La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i)surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii)directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii)causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv)causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1.No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1Pérdida cibernética.
1.2Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2.En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3.Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A.PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B.ACTO CIBERNÉTICO:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS SAN GIL COD. AGENCIA: 840 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000052 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA** IDENTIFICACIÓN: NIT 890.202.002-1

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

TEXTO ITEM 1

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C.INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D.SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E.DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Articulo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV

// POR MEDIO DEL PRESENTE SE EFECTUA RENOVACION DE LA POLIZA//

CLIENTE

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	
2026 | 3 | 24	2026 | 3 | 25	2027 | 3 | 24

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre juntos a ti!

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8400008965	OSE557	CAMPEROS Y CAMIONETAS	OFICIAL	3600	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
5	RAM	DOBLE CABINA CON PLATON
	LINEA VEHICULO: 1500	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
0	1C6RRFFG5PN563666	1C6RRFFG5PN563666	0,82

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS	3165458084	NIT	890202002	BARICHARA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1520	840	10882	AT1502 8400008965	SAN GIL

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
231	$ 728.900,00	$ 379.000,00	$ 2.400,00

TOTAL A PAGAR: $ 1.110.300,00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y; sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

SOAT

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a Ti!

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	
2026 | 4 | 1	2026 | 4 | 4	2027 | 4 | 3

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8400009015	OSE553	OFICIALES ESPECIALES	OFICIAL	2694	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	TOYOTA	AMBULANCIA
	LINEA VEHICULO: HILUX	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
2TR-B141127	8AJCX3DB0R1519447	8AJCX3DB0R1519447	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN	3165458084	NIT	890202002	BARICHARA

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1520	840	10882	AT1502 8400009015	SAN GIL

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
430	$ 992.300,00	$ 515.900,00	$ 2.400,00

TOTAL A PAGAR: $ 1.510.600,00

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
	HASTA	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su poliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la Institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 023 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERAT	**NIT:**	860524654
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2026
Número de Radicación:	61637875	**Total a pagar:**	$1,432,763,600
Fecha de vencimiento:	12/03/2026	**Total de empleados:**	754
Fecha de Pago:	03/03/2026	**Número de Administradoras:**	41

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	**Número Autorización:**	108983847
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	754		$0	$25,799,000
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	137		$0	$114,237,400
230301	800224808	Porvenir	192		$0	$153,307,600
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	33		$0	$38,628,800
231001	800227940	Colfondos	68		$0	$59,067,300
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	296		$0	$432,977,600
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	77		$0	$20,016,200
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	17		$0	$4,292,400
CCF08	890480023	Comfenalco Cartagena Caja de Compensacion	7		$0	$1,257,300
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	7		$0	$1,525,400
CCF11	890806490	Caja de Compensacion Familiar de Caldas	12		$0	$3,034,200
CCF16	891080005	Comfacor Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$2,027,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	474		$0	$135,844,500
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$2,176,500
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	10		$0	$2,169,800
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	1		$0	$279,800
CCF37	890500516	Comfanorte Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$1,830,100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidades por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	31		$0	$7,798,600
CCF43	890000381	Comfenalco Quindio Caja de Compensacion Fliar	10		$0	$1,699,200
CCF44	891480000	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$1,888,900
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	14		$0	$4,575,400
CCF57	890303208	Comfamiliar Andi Comfandi Caja de	42		$0	$9,259,800
CCF69	844003392	Comfacasanare Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$147,500
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	5		$0	$10,399,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	39		$0	$14,707,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	454		$0	$216,100,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	60		$0	$34,165,400
EPS010	800088702	EPS Sura	121		$0	$40,797,000
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	1		$0	$147,400
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	36		$0	$5,924,200
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	2		$0	$2,234,400
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	24		$0	$6,234,100
EPS040	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	2		$0	$289,000
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	2		$0	$346,100
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	1		$0	$126,200
EPS048	806008394	EPS-S Mutual Ser	1		$0	$207,300
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	3		$0	$287,600
ESSC07	806008394	EPS-S Mutual Ser	2		$0	$277,100
ESSC24	900226715	EPS-S Coosalud	1		$0	$133,600
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	74		$0	$45,926,600
PASENA	899999034	SENA	74		$0	$30,619,300
						$1,432,763,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

KPMG S.A.S.
Calle 90 No. 19c - 74
Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono +57 (601) 618 8000
+57 (601) 618 8100

www.kpmg.com/co

AUDFINBOG-CER2026-5828

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA – ENTIDAD COOPERATIVA
NIT 860.524.654 – 6

Certifica que:

De acuerdo con registros contables y las planillas de aportes parafiscales la Aseguradora efectuó el pago en los plazos otorgados por la ley en relación con las siguientes obligaciones:

- Las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradora de Riesgos Laborales "ARL", Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y las Entidades Promotoras de Salud del 1 de septiembre de 2025 al 28 de febrero de 2026, correspondientes a los últimos seis (6) meses.

En cumplimiento del artículo 2, de la Ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los cinco (05) días del mes de marzo de 2026, por solicitud de la Administración de la Aseguradora, de acuerdo con lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Cordialmente,

Digitally signed by MONICA
ADRIANA GONZALEZ CAMACHO
Date: 2026.03.05 09:36:58 -05'00'

Mónica Adriana González Camacho
Revisor Fiscal de Aseguradora Solidaria de Colombia – Entidad Cooperativa
T.P. 58642-T
Miembro de KPMG S.A.S.

© 2026 KPMG S.A.S. es una sociedad colombiana por acciones simplificada y firma miembro de la organización global KPMG de firmas independientes, adscritas a KPMG International Limited, una compañía privada inglesa, limitada por garantía. Todos los derechos reservados.