

**GOBIERNO  
AUTONOMO  
DESCENTRALIZADO  
DE LA PROVINCIA  
BOLIVAR**

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-13-20-CG-88-828004421-13102021 de 13-OCT-2021 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Teléfono: (3)2828211  
 Emisión: 19/01/2023 Agente: 01407 Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NUMERO	CERTIFICADO	
EQUIPO ELECTRÓNICO	POLIZA	1151001	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 792.802,94	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO	TEL: 0 032551228	CEL: 0994213582		
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL	RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA		
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO	TEL: 0 032551228	CEL: 0994213582		
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL	RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA		
RIESGO ASEGURADO:	Según Condiciones particulares			
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:	Según Condiciones particulares			
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
9.513,64	332,98	9	47,57	0,00
LV.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
1.188,38	0,00	0,00	11.091,57	DÓLARES
SON: ONCE MIL NOVENTA Y UN DÓLARES CON 57/100 Cts.				
FORMA DE PAGO: Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:		
CRÉDITO	cuota(s) de:	c/u vencimiento mensual		
DESDE:	HASTA:			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 19 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  MR. ROBERTO GAVILANES BRAGO		<b>LA ASEGURADORA</b>  DOMINICA PATRICIA PARRALES LLERENA		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-14-21-CG-281-978004422-15122022, particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO



Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo.

Teléfono: (3)2828211

Emisión: 19/01/2023

Agente: 01407

Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL	RENOVACION	1151017	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 100.000,00	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
1.000,00	35,00	3,00	5,00	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
125,16	0,00	0,00	1.168,16	DÓLARES
SON: MIL CIENTO SESENTA Y OCHO DÓLARES CON 16/100 Ctsv.				
FORMA DE PAGO:	Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:	
CRÉDITO		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
DESDE:		HASTA:		
<p><b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b></p> <p>Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.</p>				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 19 DE ENERO DE 2023				
<p><b>ASEGURADO</b></p>  <p>HUGO ROBERTO GAVILANES BRAZO</p>		<p><b>LA ASEGURADORA</b></p>  <p>DOMINICA PATRICIA PAREDES LLERENA</p>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-1-2-CG-40-11004419-29092020 del 29 de septiembre de 2020 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO



Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo.

Teléfono: (3)2828211

Emisión: 23/01/2023

Agente: 01407

Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
VIDA COLECTIVO	POLIZA	1151227	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 2.045.000,00	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	Cel: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO:		TELF:	Cel:	
DIRECCIÓN:		RUC/CED:		
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
18.868,27	660,39	9,00	94,34	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria		Total	Moneda
0,00	0,00		19.632,00	DÓLARES
SON: DIEZ Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS DÓLARES CON 00/100 Cts.				
FORMA DE PAGO:	Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:	
CRÉDITO		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
DESDE:		HASTA:		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 23 DE ENERO DE 2023				
ASEGURADO		LA ASEGURADORA		
 <small>Escaneo electrónicamente por:</small> <b>HUGO ROBERTO</b> <small>GAVILANES ERAZO</small>		 <small>Escaneo electrónicamente por:</small> <b>DOMENICA PATRÍCIA</b> <small>FAREDES LLERENA</small>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2006-098 de marzo 28 del 2006. particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO



Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo.

Teléfono: (3)2828211

Emisión: 20/01/2023

Agente: 01407



Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
FIDELIDAD	RENOVACION	1151072	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 600.000,00	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
15.000,00	525,00	9,00	75,00	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
1.873,08	0,00	0,00	17.482,08	DÓLARES
SON: DIEZ Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS DÓLARES CON 08/100 Cts.				
FORMA DE PAGO:	Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:	
CRÉDITO		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
DESDE:		HASTA:		
ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 20 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  <small>firmado electrónicamente por:</small> <b>HUGO ROBERTO</b> <b>CAVILANES ERAZO</b>		<b>ASEGURADORA</b>  <small>firmado electrónicamente por:</small> <b>DOMINICA PATRÍCIA</b> <b>FARDEDES LLERENA</b>		
ORIGINAL				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SCVS-6-7-0-0-56 y condicionado general el registro No. SCVS-6-7-0-CG-17 del 3 de enero del 2018, particulares y



Emitido en: AMBATO Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Teléfono: (3)2828211  
 Emisión: 20/01/2023 Agente: 01407 Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
VEHÍCULOS	POLIZA	1151141	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 5.147.701,72	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	Cel: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	Cel: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
113.249,44	3.963,73	9,00	566,25	0,00
IV.A	Compensación Solidaria		Total	Moneda
14.134,61	0,00		131.923,03	DÓLARES
SON: CIENTOTREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE Y TRES DÓLARES CON 03/100 Cts.				
FORMA DE PAGO:	Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:	
CRÉDITO		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
DESDE:		HASTA:		
ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 20 DE ENERO DE 2023				
 <b>ASEGURADO</b> <small>SEGURO AUTOMÓVIL</small> RUIGO ROBERTO GAVILANES BRAZO		 <b>LA ASEGURADORA</b> <small>SEGURO AUTOMÓVIL</small> DOMINICA PATRICIA PAREDES LLERENA		
ORIGINAL				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SCVS-6-7-0-56 y condicionado general el registro No. SCVS-6-7-0-CG-17 del 3 de enero del 2018, particulares y



Emitido en: AMBATO Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Teléfono: (3)2828211  
 Emisión: 20/01/2023 Agente: 01407 Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
VEHÍCULOS	POLIZA	1151005	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 530.430,48	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	Cel: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	Cel: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
11.669,47	408,43	9,00	58,35	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
1.457,43	0,00	13.602,68		DÓLARES
SON: TRECE MIL SEISCIENTOS DOS DÓLARES CON 68/100 Cts.				
FORMA DE PAGO: Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:		
CRÉDITO	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
DESDE:	HASTA:			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 20 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  HUGO ROBERTO GAVILANES ERAZO		<b>ASEGURADORA</b>  DOMINICA PATRICIA PAREDES LLERENA		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SCVS-13-16-CG-63-78004421-10022021 del 10 de febrero de 2021, Registro No. 20695. particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Teléfono: (3)2828211  
 Emisión: 20/01/2023 Agente: 01407 Teléfono: (3)2828213

RAMO		DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
ROTURA DE MAQUINARIA		POLIZA	1151127	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO			RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE		PLAZO	SUMA ASEGURADA
06/01/2023	06/01/2024		365	USD 100.042,20
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
1.000,42	35,01	5,00	5,00	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
125,45	0,00	0,00	1.170,88	DÓLARES
SON: MIL CIENTO SETENTA DÓLARES CON 88/100 Cts.				
FORMA DE PAGO:	Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:	
CRÉDITO		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
DESDE:		HASTA:		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 20 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  <small>Personas beneficiarias por:</small> HUGO ROBERTO GAVILANES BRAZO		 <b>ASEGURADORA</b> DOMINICA PATRICIA PAREDES LLERENA		
ORIGINAL				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-13-18-CG-39-85004421-25022021 del 25 de febrero 2021 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO



Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo.

Teléfono: (3)2828211

Emisión: 20/01/2023

Agente: 01407



Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRAT	POLIZA	1151010	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 12.824.060,10	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		TELF: 0 032551228 RUC/CED: 0260000170001	CEL: 0994213582 GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		TELF: 0 032551228 RUC/CED: 0260000170001	CEL: 0994213582 GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
102.592,48	3.590,74	9,00	512,96	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
12.804,62	0,00	0,00	119.509,80	DÓLARES
SON: CIENTO DIEZ Y NUEVE MIL QUINIENTOS NUEVE DÓLARES CON 80/100 Cts.				
FORMA DE PAGO: Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:		
CRÉDITO	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
DESDE:	HASTA:			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 20 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  <small>HUGO ROBERTO GAVILANES BRAZO</small>		<b>LA ASEGURADORA</b>  <small>DOMENICA PATRICIA FAREDES LLERENA</small>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-4-5-CG-24-189004419-05112020 del 05 de noviembre de 2020 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** AMBATO Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. **Teléfono:** (3)2828211  
**Emisión:** 19/01/2023 **Agente:** 01407 **Teléfono:** (3)2828213



RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
INCENDIO	POLIZA	1150995	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 3.499.510,68	
<b>SOLICITANTE:</b> GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVI		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
<b>ASEGURADO:</b> GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINT		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
4.955,91	173,46	9,00	24,78	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
619,58	0,00	0,00	5.782,73	DÓLARES
<b>SON:</b> CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS DÓLARES CON 73/100 Cts.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado		<b>CONTADO:</b>	<b>Débito automático:</b>	
<b>CRÉDITO</b>		cuota(s) de	c/u vencimiento mensual	
<b>DESDE:</b>		<b>HASTA:</b>		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 19 DE ENERO DE 2023				
<b>ASEGURADO</b>  <small>Firmado digitalmente por:</small> HUGO ROBERTO GAVILANES BRAZO		<b>ASEGURADORA</b>  <small>DOMINICA PATRICIA PAREDES LLERENA</small>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SCVS-10-11-CG-53-79004421-10022021 del 10 de febrero de 2021 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: AMBATO Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Teléfono: (3)2828211

Emisión: 19/01/2023 Agente: 01407 Teléfono: (3)2828213

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
ROBO	POLIZA	1150998	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
06/01/2023	06/01/2024	365	USD 100.000,00	
SOLICITANTE: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: 0994213582	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
ASEGURADO: GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PRO		TELF: 0 032551228	CEL: GUARANDA	
DIRECCIÓN: AV. CANDIDO RADA 101 Y 9 DE ABRIL		RUC/CED: 0260000170001	GUARANDA	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
1,00	0,04	,50	0,01	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
0,19	0,00	0,00	1,74	DÓLARES
SON: UN DÓLAR CON 74/100 Cts.				
FORMA DE PAGO: Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:		
CRÉDITO	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
DESDE:	HASTA:			
ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: AMBATO a 19 DE ENERO DE 2023				
ASEGURADO		LA ASEGURADORA		
 <small>firmado electrónicamente por:</small> <b>HUGO ROBERTO GAVILANES BRAZO</b>		 <small>firmado electrónicamente por:</small> <b>DOMENICA PATRICIA PAREDES LLERENA</b>		
ORIGINAL				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

HOSPITAL  
GINECO  
OBSTÉTRICO  
PEDIÁTRICO DE  
NUEVA AURORA  
LUZ ELENA  
ARISMENDI

**ASEGURADORA DEL SUR C. A.** en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2006-098 de marzo 28 del 2006 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** QUITO  
**Emisión:** 03/12/2019

**Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas**  
**Agente:** LE

**Teléfonos:** 593 (2) 2997500  
**R.P.:** 4282856

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
FIDELIDAD PUBLICA	POLIZA	204648	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	303,652.48	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001	QUITO	
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001	QUITO	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
2,429.22	85.02	7.00	12.15	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
304.01			2,837.40	DOLARES
SON: DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE DOLARES CON 40/100 Cts. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 11/12/2019				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 2,837.40 Débito automático: NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
Antigüedad: 1 Grupo : 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
 EL ASEGURADO		 LA ASEGURADORA aseguradora del sur c.a. Aseguradora del Sur C.A.		
COPIA				Elab. por GABRIELAV

**ASEGURADORA DEL SUR C. A.** en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2001-231 de septiembre 3 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** QUITO  
**Emisión:** 03/12/2019

**Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas**  
**Agente:** LE

**Teléfonos:** 593 (2) 2997500  
**R.P.:** 4282855

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
ROTURA DE MAQUINARIA	POLIZA	203017	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	1,642,528.11	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones Particulares				
<b>CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
3,285.06	114.98	8.98	16.43	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
411.05			3,836.50	DOLARES
SON: TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS DOLARES CON 50/100 Cts. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 11/12/2019				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Contado, por el valor 3,836.50 <i>Débito automático:</i> NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
REASEGURO FACULTATIVO				
Antigüedad: 1 Grupo : 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
EL ASEGURADO			LA ASEGURADORA	
				
			aseguradora del sur c.a.	
			Aseguradora del Sur C.A.	
			Elab. por GABRIELAV	
<b>COPIA</b>				

ASEGURADORA DEL SUR C. A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2005-217 de mayo 24 del 2005 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: QUITO

Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas

Teléfonos: 593 (2) 2997500

Emisión: 03/12/2019

Agente: LE

R.P.: 4282826

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
EQUIPO ELECTRONICO	POLIZA	205311	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	7,878,613.64	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
29,150.87	1,020.28	9.00	145.75	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
3,639.11			33,965.01	DOLARES
SON: TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO DOLARES CON 01/100 Cts. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 10/12/2019				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 33,965.01 Débito automático: NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
REASEGURO FACULTATIVO				
Antigüedad:	1	Grupo :	1 INDIVIDUAL	
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
EL ASEGURADO			LA ASEGURADORA	
				
			aseguradora del sur c.a	
			Aseguradora del Sur C.A.	
			Elab. por	
			GABRIELAV	
COPIA				

**ASEGURADORA DEL SUR C. A.** en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2002-013 de enero 23 del 2002 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: QUITO



Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas

Teléfonos: 593 (2) 2997500

Emisión: 03/12/2019

Agente: LE

R.P.: 4282858

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
VEHICULOS VH	POLIZA	261284	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	102,152.38	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001 QUITO		
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
2,043.04	71.51	7.00	10.22	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
255.81			2,387.58	DOLARES
SON: DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE DOLARES CON 58/100 Cts. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 11/12/2019				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 2,387.58 Débito automático: NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
Antigüedad: 1 Grupo : 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
 EL ASEGURADO		 LA ASEGURADORA		
		 aseguradora del sur c.a. Aseguradora del Sur C.A.		
		Elab. por GABRIELAV		
COPIA				

ASEGURADORA DEL SUR C. A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SB-INS-2001-320 de noviembre 19 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: QUITO  
Emisión: 03/12/2019

Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas  
Agente: LE

Teléfonos: 593 (2) 2997500  
R.P.: 4282808




R A M O	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
INCENDIO	POLIZA	215707	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	38,921,725.04	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		TLF: 3948940 RUC/CED: 1768182120001	0	Cel: 995776663 QUITO
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		TLF: 3948940 RUC/CED: 1768182120001	0	Cel: 995776663 QUITO
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
77,843.45	2,724.52	9.00	389.22	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
9,715.94			90,682.13	DOLARES
SON: NOVENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS DOLARES CON 13/100 Cts. . FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 10/12/2019				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 90,682.13 Débito automático: NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
REASEGURO FACULTATIVO				
Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
EL ASEGURADO		LA ASEGURADORA		
				
		 aseguradora del sur El presente documento es FIEL COPIA del original que reposa en el expediente. Lo certifico.		
		 Aseguradora del Sur C.A.		
		Elab. por GABRIELAV		
COPIA				

**ASEGURADORA DEL SUR C. A.** en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2001-244 de septiembre 6 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** QUITO  
**Emisión:** 03/12/2019

**Av. De los Naranjos N44-463 y Azucenas**  
**Agente:** LE

**Teléfonos:** 593 (2) 2997500  
**R.P.:** 4282825

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NUMERO	
ROBO Y/O ASALTO	POLIZA	208374	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMAASEGURADA	
29/11/2019	28/11/2020	365	100,000.00	
SOLICITANTE: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001	QUITO	
ASEGURADO: 344137 HOSPITAL GINECO OBSTETRICO DE		TLF: 3948940	0	Cel: 995776663
DIRECCIÓN: AV. QUITUMBE ÑAN Y QUILLA ÑAN		RUC/CED: 1768182120001	QUITO	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	
500.00	17.50	1.00	2.50	
I. V. A.			TOTAL	MONEDA
62.52			583.52	DOLARES
SON: QUINIENTOS OCHENTA Y TRES DOLARES CON 52/100 Cts. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 10/12/2019				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 583.52 Débito automático: NINGUNO				
<b>ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
Antigüedad: 1 Grupo : 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 3 DE Diciembre DE 2019 .				
 EL ASEGURADO		 LA ASEGURADORA		
		 aseguradora del sur c.a. Aseguradora del Sur C.A.		Elab. por
COPIA				GABRIELAV

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SBS-INSP-2006-382 de octubre 6 del 2006, Registro No. 27686, particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno.

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 26/05/2021

**Agente:** 1080

**Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
MULTIRIESGO	POLIZA	1099548	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
25/05/2021	25/04/2022	335	USD 188.505.649,98	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b>	<b>CEL:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b>	<b>CEL:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
523.683,32	18.328,92	9,00	2.618,42	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
65.356,76	0,00	0,00	609.996,42	DÓLARES
<b>SON:</b> SEISCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS DÓLARES CON 42/100 Ctsv.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado	<b>CONTADO:</b>	<b>Débito automático:</b>		
<b>CRÉDITO</b>	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en:		PORTOVIEJO	a 26 DE	MAYO DE 2021
<b>ASEGURADO:</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>		
				
<b>COPIA</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2001-251 de Septiembre 13 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras. aseguradora del sur

Emitido en: PORTOVIEJO

Av. Manabí y Granda Centeno.

Teléfono: (5)2563669

Emisión: 26/05/2021

Agente: 1080

Teléfono: (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
RESPONSABILIDAD CIVIL	POLIZA	1099570	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/05/2021	25/04/2022	335	USD 1.000.000,00

SOLICITANTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO  
DIRECCIÓN: ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN

TELF: 0995763881  
RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

ASEGURADO: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO  
DIRECCIÓN: ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN

TELF: 0995763881  
RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
8.000,00	280,00	9,00	40,00	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
999,48	0,00	0,00	9.328,48	DÓLARES

SON: NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO DÓLARES CON 48/100 Cts.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado

CONTADO:

Débito automático:

CRÉDITO

cuota(s) de

c/u vencimiento mensual

DESDE:

HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO

a 26 DE MAYO DE 2021

ASEGURADO



LA ASEGURADORA

COPIA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

aseguradora del sur

**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno.

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 26/05/2021

**Agente:** 1080

**Teléfono:** (5)2626503

<b>RAMO</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PÓLIZA NÚMERO</b>	<b>CERTIFICADO</b>
FIDELIDAD	POLIZA	1099554	0
<b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO</b>		<b>RENOVACIÓN</b>	<b>REFERENCIA</b>
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/05/2021	25/04/2022	335	USD 1.644.543,97

**SOLICITANTE:** HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO **TELF:** 0995763881  
**DIRECCIÓN:** ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN **RUC/CED:** 1360086920001 **CEL:** PORTOVIEJO

**ASEGURADO:** HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO **TELF:** 0995763881  
**DIRECCIÓN:** ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN **RUC/CED:** 1360086920001 **CEL:** PORTOVIEJO

**RIESGO ASEGURADO:** Según Condiciones particulares

**CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:** Según Condiciones particulares

<b>Prima</b>	<b>Imp.Super.Bancos</b>	<b>Derechos Emisión</b>	<b>S.Social Campesino</b>	<b>Otros</b>
13.156,35	460,47	9,00	65,78	0,00
<b>I.V.A</b>	<b>Compensación Solidaria</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>Total</b>	<b>Moneda</b>
1.642,99	0,00	0,00	15.334,60	DÓLARES

**SON:** QUINCE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO DÓLARES CON 60/100 Ctsv.

**FORMA DE PAGO:** Aviso/Contado **CONTADO:** Débito automático:  
**CRÉDITO** cuota(s) de c/u vencimiento mensual  
**DESDE:** **HASTA:**

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en PORTOVIEJO a 26 DE MAYO DE 2021

ASEGURADO



201,00

LA ASEGURADORA

COPIA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

aseguradora del sur

Emitido en: PORTOVIEJO Av. Manabí y Granda Centeno.

Teléfono: (5)2563669

Emisión: 26/05/2021

Agente: 1080

Teléfono: (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
VEHÍCULOS	POLIZA	1099565	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/05/2021	25/04/2022	335	USD 17.510,99

SOLICITANTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO  
DIRECCIÓN: ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN  
TELF: RUC/CED: 1360086920001  
Cel: 0995763881 PORTOVIEJO

ASEGURADO: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO  
DIRECCIÓN: ANDRÉS DE VERA 15 DE ABRIL SN  
TELF: RUC/CED: 1360086920001  
Cel: 0995763881 PORTOVIEJO

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
437,77	15,32	1,00	2,19	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
54,75	0,00	511,04		DÓLARES

SON: QUINIENTOS ONCE DÓLARES CON 04/100 Cts.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado CONTADO: Débito automático:  
CRÉDITO cuota(s) de c/u vencimiento mensual  
DESDE: HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 26 DE MAYO DE 2021

ASEGURADO



LA ASEGURADORA

COPIA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

# HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2005-217 de 24 de mayo del 2005, Registro 25545 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: GUAYAQUIL

Teléfono:

Emisión: 29/06/2021

Agente: 10279

Teléfono:

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
EQUIPO ELECTRÓNICO	POLIZA	1101613	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/06/2021	25/06/2022	365	USD 634.447,79

SOLICITANTE: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM/TELF: 0 042452700 CEL: 0981421464  
 DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Pi: RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

ASEGURADO: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM/ TELF: 0 042452700 CEL: 0981421464  
 RECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , P RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
6.344,48	222,06	9,00	31,72	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
792,87	0,00	0,00	7.400,13	DÓLARES

SON: SIETE MIL CUATROCIENTOS DÓLARES CON 13/100 Cts.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado

CONTADO:

Débito automático:

CRÉDITO

cuota(s) de

c/u vencimiento mensual

DE:

HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: GUAYAQUIL a 29 DE JUNIO DE 2021

ASEGURADO

LA ASEGURADORA



RAMIRO FERNANDO  
 NAVARRETE  
 CASTILLO



XAVIER ANTONIO  
 MELENDEZ  
 GONZALEZ

ORIGINAL

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2006-098 de marzo 28 del 2006. particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: GUAYAQUIL

Teléfono:

Emisión: 29/06/2021

Agente: 10279

Teléfono:

<b>RAMO</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PÓLIZA NÚMERO</b>	<b>CERTIFICADO</b>
FIDELIDAD	POLIZA	1101609	0
<b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO</b>		<b>RENOVACIÓN</b>	<b>REFERENCIA</b>
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/06/2021	25/06/2022	365	USD 180.137,20

SOLICITANTE: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM TELF: 0 042452700 CEL: 0981421464  
 DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , PiscRUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

ASEGURADO: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM TELF: 0 042452700 CEL: 0981421464  
 DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , PiscRUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
5.404,12	189,14	9,00	27,02	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
675,51	0,00	0,00	6.304,79	DÓLARES

SON: SEIS MIL TRESCIENTOS CUATRO DÓLARES CON 79/100 Cts.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado      CONTADO:      Débito automático:  
 CRÉDITO      cuota(s) de      c/u vencimiento mensual  
 FECHA:      HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: GUAYAQUIL a 29 DE JUNIO DE 2021

ASEGURADO



RAMIRO FERNANDO  
 NAVARRETE  
 CASTILLO

LA ASEGURADORA



XAVIER ANTONIO  
 MELENDEZ  
 GONZALEZ

ORIGINAL

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: GUAYAQUIL

Teléfono:

Emisión: 29/06/2021

Agente: 10279

Teléfono:

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
INCENDIO	POLIZA	1101583	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/06/2021	25/06/2022	365	USD 9.288.208,92

SOLICITANTE: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM TELF: 0 042452700 Cel: 0981421464

DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Piso0 RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

ASEGURADO: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM TELF: 0 042452700 Cel: 0981421464

DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Piso0 RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
29.470,52	1.031,47	9,00	147,35	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria		Total	Moneda
3.679,00	0,00		34.337,34	DÓLARES

SON: TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE DÓLARES CON 34/100 Ctv.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado

CONTADO:

Débito automático:

CRÉDITO

cuota(s) de

c/u vencimiento mensual

DESDE:

HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: GUAYAQUIL a 29 DE JUNIO DE 2021

ASEGURADO



RAMIRO FERNANDO  
NAVARRETE  
CASTILLO

LA ASEGURADORA



XAVIER ANTONIO  
MELENDEZ  
GONZALEZ

ORIGINAL

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SB-INS-2001-244 de 6 Septiembre del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



**Emitido en:** GUAYAQUIL

**Teléfono:**

**Emisión:** 29/07/2021

**Agente:** 10279

**Teléfono:**

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
ROBO	POLIZA	1101598	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
25/06/2021	25/06/2022	365	USD 2.097.191,00	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM		<b>TELF:</b> 0 042452700	<b>CEL:</b> 0981421464	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Pisco		<b>RUC/CED:</b> 0968503790001	GUAYAQUIL	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM		<b>TELF:</b> 0 042452700	<b>CEL:</b> 0981421464	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Pisco		<b>RUC/CED:</b> 0968503790001	GUAYAQUIL	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
10.000,00	350,00	9,00	50,00	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
1.249,08	0,00	0,00	11.658,08	DÓLARES
<b>SON:</b> ONCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO DÓLARES CON 08/100 Cts.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado	<b>CONTADO:</b>	<b>Débito automático:</b>		
<b>CRÉDITO</b>	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
<b>E:</b>	<b>HASTA:</b>			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: GUAYAQUIL a 29 DE JULIO DE 2021				
<b>ASEGURADO</b>			<b>LA ASEGURADORA</b>	
 <small>RAMIRO FERNANDO NAVARRETE CASTILLO</small>			 <small>XAVIER ANTONIO MELENDEZ GONZALEZ</small>	
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SB-INS-2001-231 de septiembre 3 del 2001, Registro No. 20695, particulares y especiales teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



Emitido en: GUAYAQUIL

Teléfono:

Emisión: 29/06/2021

Agente: 10279

Teléfono:

RAMO		DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
ROTURA DE MAQUINARIA		POLIZA	1101623	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO			RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE		PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/06/2021	25/06/2022		365	USD 12.369.966,59
SOLICITANTE: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM		TELF: 0 042452700	CEL: 0981421464	
DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , P		RUC/CED: 0968503790001	GUAYAQUIL	
ASEGURADO: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAM		TELF: 0 042452700	CEL: 0981421464	
DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , P		RUC/CED: 0968503790001	GUAYAQUIL	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
68.034,82	2.381,22	9,00	340,17	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
8.491,83	0,00	0,00	79.257,03	DÓLARES
SON: SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE DÓLARES CON 03/100 Ctsv.				
FORMA DE PAGO: Aviso/Contado	CONTADO:	Débito automático:		
CRÉDITO	cuota(s) de		c/u vencimiento mensual	
E:	HASTA:			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: GUAYAQUIL a 29 DE JUNIO DE 2021				
<b>ASEGURADO</b>			<b>LA ASEGURADORA</b>	
 RAMIRO FERNANDO NAVARRETE CASTILLO			 XAVIER ANTONIO MELENDEZ GONZALEZ	
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: GUAYAQUIL

Teléfono:

Emisión: 29/06/2021

Agente: 10279

Teléfono:

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO
VEHÍCULOS	POLIZA	1101644	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
25/06/2021	25/06/2022	365	USD 243.928,31

SOLICITANTE: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAN TELF: 0 042452700 Cel: 0981421464  
 DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Piso0 RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

ASEGURADO: HOSPITAL DEL NINO DR FRANCISCO DE ICAZA BUSTAN TELF: 0 042452700 Cel: 0981421464  
 DIRECCIÓN: AV QUITO Y GOMEZ RENDON CALICUCHIMA SN ,Dpto. , Piso0, RUC/CED: 0968503790001 GUAYAQUIL

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares

CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares

Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
8.537,49	298,81	9,00	42,69	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
1.066,56	0,00	9.954,55		DÓLARES

SON: NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO DÓLARES CON 55/100 Cts.

FORMA DE PAGO: Aviso/Contado

CONTADO:

Débito automático:

CRÉDITO

cuota(s) de

c/u vencimiento mensual

DESDE:

HASTA:

**ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en:

GUAYAQUIL

a

29

DE

JUNIO

DE

2021

ASEGURADO



RAMIRO FERNANDO  
 NAVARRETE  
 CASTILLO

LA ASEGURADORA



XAVIER ANTONIO  
 MELENDEZ  
 GONZALEZ

ORIGINAL

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

# HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO

ASEGURADORA DEL SUR C. A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, aseguradora del sur nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSB-2005-103 de marzo 22 del 2005 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDA CENTENO, Altos Bco. Gyquil. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 17/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091382

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO
FIDELIDAD PÚBLICA	POLIZA	600519	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
12/03/2020	12/03/2021	365	746,750.00

SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares

CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares

Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	I.V.A.
19,062.99	667.20	9.02	95.31	2,380.14
			TOTAL	MONEDA
			22,214.66	DOLARES

SON: VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS CATORCE DOLARES CON 66/100 Cts. .

FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 25/03/2020

FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 22,214.66 Débito automático: NINGUNO

**ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

SEGURO NORMAL

Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 17 DE Marzo DE 2020 .

EL ASEGURADO

LA ASEGURADORA  
  
 Aseguradora del sur  
 SIRVASE D'UNIVER  
 ESTA COPIA FI. M.B.A.  
 Aseguradora del Sur C.A.

Elab. por  
 MELVA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente cédula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado asegurado de la aseguradora del sur nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2001-244 de septiembre 6 del 2001 particulares y especiales, teniendo prioridad las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDACENTENO, Altos Bco. Gyquil. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 13/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091384

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO
ROBO Y/O ASALTO	POLIZA	600633	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN 0	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
12/03/2020	12/03/2021	365	400,000.00

SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CED: 1360086920001 PORTOVIEJO

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares

CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares

Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	I. V.A.
1,200.00	42.00	5.00	6.00	150.36
			TOTAL	MONEDA
			1,403.36	DOLARES

SON: UN MIL CUATROCIENTOS TRES DOLARES CON 36/100 Cvs. .

FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 21/03/2020

FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 1,403.36 Débito automático: NINGUNO

ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE Marzo DE 2020

EL ASEGURADO

LA ASEGURADORA  
 Aseguradora del sur  
 SIRVASE DEVIVER  
 COPIA FI

LA ASEGURADORA

Aseguradora del Sur C.A.

Elab. por  
 MELVA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37656 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado asegurado del sur nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-ING-2001-231 de septiembre 3 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDA CENTENO, Altos Bco. Gyquil. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 13/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091385

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO
ROTURA DE MAQUINARIA	POLIZA	600161	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA
12/03/2020	12/03/2021	365	35,837,105.00

SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CE: 1360086920001 PORTOVIEJO

ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE TLF: 3703100 0 Cel: 995763881  
 DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA RUC/CE: 1360086920001 PORTOVIEJO

RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares

CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares

Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	I.V.A.
71,674.21	2,508.60	9.00	358.37	8,946.02
			TOTAL	MONEDA
			83,496.20	DOLARES

SON: OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS DOLARES CON 20/100 Cts. .  
 FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 21/03/2020

FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 83,496.20 Débito automático: NINGUNO

**ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

SEGURO NORMAL

Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE Marzo DE 2020

EL ASEGURADO

LA ASEGURADORA  
  
 Aseguradora del sur  
 SIRVASE DESARROLLO  
 ESTA COPIA FI...  
 Aseguradora del Sur C.A.

Elab. por  
 MELVA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente catiula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, aseguradora del sur nombrado aquí en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2005-217 de mayo 24 del 2005 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDA CENTENO, Altos Bco. Gyquil. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 13/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091386

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO
EQUIPO ELECTRONICO	POLIZA	600303	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN 0	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMAASEGURADA
12/03/2020	12/03/2021	365	10,079,506.96
SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		TLF: 3703100	0 Cel: 995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO
ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		TLF: 3703100	0 Cel: 995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares			
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares			
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino I.V.A.
25,198.77	881.96	9.00	125.99 3,145.89
		TOTAL	MONEDA
		29,361.61	DOLARES

SON: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN DOLARES CON 61/100 Cts. .  
 FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 21/03/2020

FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 29,361.61 Débito automático: NINGUNO



**ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**

Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

SEGURO NORMAL

Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL

En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE Marzo DE 2020 .

EL ASEGURADO  LA ASEGURADORA   
 Aseguradora del sur  
 SIRVA SE DEVOLVER  
 ESTE POLIZA FI  
 Aseguradora del Sur C.A.

Elab. por  
 MELVA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

ASEGURADORA DEL SUR C. A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INS-2002-013 de enero 23 del 2002 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDA CENTENO, Altos Bco. Gyquil. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 17/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091405

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO	
VEHICULOS VH	POLIZA	603060	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	0	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMAASEGURADA	
12/03/2020	12/03/2021	365	24,774.40	
SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE		TLF: 3703100	0	Cel: 995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO -SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO	
ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIE		TLF: 3703100	0	Cel: 0995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO -SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO	
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares				
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares				
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	I. V. A.
495.49	17.34	1.00	2.48	61.96
			TOTAL	MONEDA
			578.27	DOLARES
SON: QUINIENTOS SETENTA Y OCHO DOLARES CON 27/100 Cvs. .				
FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 25/03/2020.				
FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 578.27 Débito automático: NINGUNO				
ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 17 DE Marzo DE 2020 .				
EL ASEGURADO		LA ASEGURADORA		
		Aseguradora del Sur		
		SIRVASE DEVOLVER ESTA COPIA FIRMADA		
		Aseguradora del Sur C.A.		
		Elab por MELVA		

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C. A.** en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, aseguradora del sur nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-NS-2001-320 de noviembre 19 del 2001 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: PORTOVIEJO AV. MANABI Y GRANDA CENTENO, Altos Bco. Gyquili. Teléfonos: 593 (5) 2563508  
 Emisión: 13/03/2020 Agente: 00 R.P.: 6091381

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	ANEXO NÚMERO
INCENDIO	POLIZA	601554	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMAASEGURADA
12/03/2020	12/03/2021	365	168,434,319.40
SOLICITANTE: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		TLF: 3703100	0 Cel: 995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO
ASEGURADO: 618100 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		TLF: 3703100	0 Cel: 995763881
DIRECCIÓN: CALLE 15 DE ABRIL PORTOVIEJO-SANTA ANA		RUC/CED: 1360086920001	PORTOVIEJO
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones Particulares			
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones Particulares			
Prima	SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino I. V. A.
572,676.69	20,043.68	9.00	2,863.38 71,471.13
			TOTAL MONEDA
			667,063.88 DOLARES

SON: SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SESENTA Y TRES DOLARES CON 88/100 Cvs. .  
 FECHA MÁXIMA DE PAGO CONTADO: 21/03/2020

FORMA DE PAGO: Contado, por el valor 667,063.88 Débito automático: NINGUNO

**ESTE FORMULARIO ES UN AVISO DE COBRO**  
 Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.

SEGURO NORMAL

Antigüedad: 1 Grupo: 1 INDIVIDUAL  
 En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE Marzo DE 2020

EL ASEGURADO   
 LA ASEGURADORA   
 Aseguradora del sur  
**SÍRVASE DEVOLVER**  
 ESTA COPIA FIRMADA Aseguradora del Sur C.A.  
 Elab. por MELVA

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabí y Granda Centeno,

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 13/07/2022

**Agente:** 1080



**Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
INCENDIO	POLIZA	1132254	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 169.331.481,20	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
407.272,14	14.254,52	9,00	2.036,36	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
50.828,64	0,00	474.400,67		DÓLARES
<b>SON:</b> CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DÓLARES CON 67/100 Ctsv.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado	<b>CONTADO:</b>	<b>Débito automático:</b>		
<b>CRÉDITO</b>	cuota(s) de	c/u vencimiento mensual		
<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>		
 Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		 Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno, **Teléfono:** (5)2563669  
**Emisión:** 12/07/2022 **Agente:** 1080 **Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL	POLIZA	1132283	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 1.200.000,00	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
4.931,51	172,60	9,00	24,66	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
616,53	0,00	5.754,30		DÓLARES
<b>SON:</b> CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO DÓLARES CON 30/100 Cts.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado	<b>CONTADO:</b>	<b>Débito automático:</b>		
<b>CRÉDITO</b>	cuota(s) de	<b>c/u vencimiento mensual</b>		
<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>			
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 12 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>  Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>  Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014



**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno.

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 13/07/2022 **Agente:** 1080

**Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
ROTURA DE MAQUINARIA	POLIZA	1132290	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 15.207.222,59	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	<b>PORTOVIEJO</b>	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	<b>PORTOVIEJO</b>	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
36.576,06	1.280,16	9,00	182,88	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria		Total	Moneda
4.565,77	0,00		42.613,87	DÓLARES
<b>SON:</b> CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TRECE DÓLARES CON 87/100 Cts				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado		<b>CONTADO:</b>		<b>Débito automático:</b>
<b>CRÉDITO</b>		cuota(s) de		<b>c/u vencimiento mensual</b>
<b>DESDE:</b>		<b>HASTA:</b>		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>  Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>  Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno.

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 13/07/2022

**Agente:** 1080

**Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
FIDELIDAD	POLIZA	1132422	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 1.507.209,82	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV. URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
30.595,95	1.070,86	9,00	152,98	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
3.819,45	0,00	35.648,24		DÓLARES
<b>SON:</b> TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO DÓLARES CON 24/100 Ctsv.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado		<b>CONTADO:</b>		<b>Débito automático:</b>
<b>CRÉDITO</b>		cuota(s) de		<b>c/u vencimiento mensual</b>
<b>DESDE:</b>		<b>HASTA:</b>		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>		
 Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		 Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.



**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno,

**Teléfono:** (5)2563669

**Emisión:** 13/07/2022

**Agente:** 1080



**Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
ROBO	POLIZA	1132470	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 1.000.000,00	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV, URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV, URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
2.405,18	84,18	7,00	12,03	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
301,01	0,00	2.809,39		DÓLARES
<b>SON:</b> DOS MIL OCHOCIENTOS NUEVE DÓLARES CON 39/100 Cts.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado		<b>CONTADO:</b>		<b>Débito automático:</b>
<b>CRÉDITO</b>		cuota(s) de		<b>c/u vencimiento mensual</b>
<b>DESDE:</b>		<b>HASTA:</b>		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>		
 Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		 Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.** en adelante "la compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-201 de junio 20 del 2007 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

**Emitido en:** PORTOVIEJO Av. Manabi y Granda Centeno, **Teléfono:** (5)2563669  
**Emisión:** 13/07/2022 **Agente:** 1080 **Teléfono:** (5)2626503

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
EQUIPO ELECTRÓNICO	POLIZA	1132471	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
09/07/2022	05/05/2023	300	USD 10.244.269,95	
<b>SOLICITANTE:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV, URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>ASEGURADO:</b> HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		<b>TELF:</b> 0 053703100	<b>Cel:</b> 0995763881	
<b>DIRECCIÓN:</b> AV15 DE ABRIL SN AV, URUGUAY SN		<b>RUC/CED:</b> 1360086920001	PORTOVIEJO	
<b>RIESGO ASEGURADO:</b> Según Condiciones particulares				
<b>CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:</b> Según Condiciones particulares				
Prima	Imp.Super.Bancos	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
24.639,28	862,37	9,00	123,20	0,00
I.V.A	Compensación Solidaria	Total		Moneda
3.076,06	0,00	28.709,91		DÓLARES
<b>SON:</b> VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NUEVE DÓLARES CON 91/100 Ctsv.				
<b>FORMA DE PAGO:</b> Aviso/Contado		<b>CONTADO:</b>		<b>Débito automático:</b>
<b>CRÉDITO</b>		cuota(s) de		c/u vencimiento mensual
<b>DESDE:</b>		<b>HASTA:</b>		
<b>ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO</b>				
Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: PORTOVIEJO a 13 DE JULIO DE 2022				
<b>ASEGURADO</b>  Firmado electrónicamente por: <b>JUAN PABLO VELASCO MONCAYO</b>		<b>LA ASEGURADORA</b>  Firmado electrónicamente por: <b>SORAYA DEL PILAR ESPINOZA MIELES</b>		
<b>ORIGINAL</b>				

NOTA: La Superintendencia de Bancos asignó a la presente carátula el número 37655 del 21 de noviembre de 2014