NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6001995890

PÓLIZA No: 600 -64 - 994000002675 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA			COD. AGE: 600			RAMO: 64			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
15	06	2016	05	04	2016	23:59	05	08	2016	23:59	122	20	11	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	05	04	2016	23:59	05	08	2016	23:59	122
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MUNICIPIO DE TUNJA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.846-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 9-95 EDIFICIO MUNICIPAL** CIUDAD: **TUNJA, BOYACA** TELÉFONO: **6087405770**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE TUNJA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.846-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 9-95 EDIFICIO MUNICIPAL** CIUDAD: **TUNJA, BOYACA** TELÉFONO: **6087405770**

BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE TUNJA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.846-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL

AFIANZADO : MUNICIPIO DE TUNJA

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	SUBLIMITE
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA	240,000,000.00	240,000,000.00
FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL		240,000,000.00
RENDICION DE CUENTAS		240,000,000.00
RECONSTRUCCION DE CUENTAS		240,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 891800846 - MUNICIPIO DE TUNJA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***240,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****855,671	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****855,671
--	---------------------------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JAIME GARCIA G Y CIA. LTDA	3509	100.00			

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 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.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000600199589

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE DUMBARILA 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA