

SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AA026089

FACTURA
AA073513



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA070597	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CCADENA
AGENCIA	SANCHEZ MARTINEZ JAIRO ALONSO	DIRECCIÓN	CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101	FECHA DE IMPRESIÓN	
FECHA DE EXPEDICIÓN	10 01 2012	DESDE	DD 01 MM 01 AAAA 2012	HORA	12:00
	DD MM AAAA	HASTA	DD 31 MM 01 AAAA 2013	HORA	12:00

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPROCESALUD CTA	NIT/CC	900321197
DIRECCIÓN	CALLE 49 # 18-67 OFICINA 106	TEL/MOVL	3124828797
ASEGURADO	HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	NIT/CC	900136865
DIRECCIÓN	CR 17 57 119 BRR PUEBLO NUEVO	TEL/MOVL	6010105
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	21
DIRECCIÓN	TODA COLOMBIA	TEL/MOVL	1111111111
EMAIL	GERENCIAHRMM@HOTMAIL.COM		
EMAIL	notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION CANAL DE VENTA	BARRANCABERMEJA SANTANDER BARRANCABERMEJA HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO Directo

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	\$2,475,720.00	10.00%	3.00 smmlv	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,475,720.00	\$38,792.00		\$0.00	\$38,792.00

COASEGURO	
COMPANIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000091489476	SANCHEZ MARTINEZ JAIRO ALONSO	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

FACTURA
AA073513

NIT 860028415

TOMADOR	COOPROCESALUD CTA	NIT/CC	900321197
DIRECCIÓN	CALLE 49 # 18-67 OFICINA 106	EMAIL	TEL/MOVI 3124828797

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

OBJETO DEL SEGURO:
GARANTIZAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADO DEL CONTRATO NUMERO 0021-12 REFERENTE A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO.

SE ACLARA QUE LA FECHA DE EXPEDICION ES EL 06 / 01 /2012

Esta póliza se rige por las condiciones generales contenidas en la forma 01012010-1501-P-06-0000000000001007

**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR

Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.