

# SEGURO CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO



**CODIGO DE RECAUDO**  
[REDACTED]

**PÓLIZA**  
AA018437

**FACTURA**  
AA039396

NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 040303      **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  
**COD. AGENCIA** 00016      **CERTIFICADO** AA036732      **DOCUMENTO** Modificación      **TEL:** 6076852842  
**AGENCIA** BARRANCABERMEJA      **DIRECCIÓN** CALLE 48 16 - 62

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN		
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	DD	MM	AAAA
22	10	2010	HASTA	16	04	2011	00:00	04	04	2025
							00:00			

### DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b> COOPROCESALUD CTA	<b>E-MAIL</b>	<b>NIT/CC</b> 900321197
<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 17 N° 57 - 119 PUEBLO NUEVO		<b>TEL/MOVIL</b> 6027064
<b>ASEGURADO</b> HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	<b>E-MAIL</b> GERENCIAHRMM@HOTMAIL.COM	<b>NIT/CC</b> 900136865
<b>DIRECCIÓN</b> CR 17 57 119 BRR PUEBLO NUEVO		<b>TEL/MOVIL</b> 6010105
<b>BENEFICIARIO</b> HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	<b>E-MAIL</b> GERENCIAHRMM@HOTMAIL.COM	<b>NIT/CC</b> 900136865
<b>DIRECCIÓN</b> CR 17 57 119 BRR PUEBLO NUEVO		<b>TEL/MOVIL</b> 6010105
<b>AFIANZADO</b> COOPROCESALUD CTA	<b>E-MAIL</b>	<b>NIT/CC</b> 900321197
<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 17 N° 57 - 119 PUEBLO NUEVO		<b>TEL/MOVIL</b> 6027064

### INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN	BARRANCABERMEJA SANTANDER BARRANCABERMEJA BARRANCABERMEJA

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Calidad del Servicio	\$5,000,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
16/10/2010	04/03/2011	139

**VALOR ASEGURADO TOTAL** \$5,000,000.00

<b>NÚMERO DE RIESGOS</b>	
--------------------------	--

<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$5,000.00		\$.00	\$5,000.00

**FORMA DE PAGO** Contado

COASEGURO	
COMPAÑÍA	PARTICIPACIÓN
	%

**ENTIDAD BANCARIA**

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000091430843	MERCADO ARIAS RICARDO	%

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 extemporáneo 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](http://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.

CODIGO DE RECAUDO

# SEGURO CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

PÓLIZA  
AA018437

FACTURA  
AA039396



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 040303      **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO  
**COD. AGENCIA** 00016      **CERTIFICADO** AA036732      **DOCUMENTO** Modificacion      **TEL:** 6076852842  
**AGENCIA** BARRANCABERMEJA      **DIRECCIÓN** CALLE 48 16 - 62

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
22	10	2010	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	16	<b>MM</b>	10	<b>AAAA</b>	2010	<b>HORA</b>	00:00	04	04	2025
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	04	<b>MM</b>	03	<b>AAAA</b>	2011	<b>HORA</b>	00:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** COOPROCESALUD CTA      **NIT/CC** 900321197  
**DIRECCIÓN** CARRERA 17 N° 57 - 119 PUEBLO NUEVO      **E-MAIL**      **TEL/MOVIL** 6027064

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

GARANTIA DE CALIDAD: GARANTIZAR LA BUENA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NÚMERO 0172-10 DE FECHA SEPTIEMBRE 01 DE 2010 CUYO OBJETO ES: EJECUTAR Y DESARROLLAR PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO.

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE MODIFICACION A SOLICITUD DEL TOMADOR, CON EL OBJETO DE DAR CUMPLIMIENTO AL OTROSI N° 0172-1-10 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NÚMERO 0172-10, POR MODIFICACION AL VALOR ASEGURADO Y AMPLIACION DE LA VIGENCIA A LA PRESENTE POLIZA

NOTA: TODOS LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA CONTINUAN VIGENTES, NO SON MODIFICADOS POR EL PRESENTE CERTIFICADO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://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.