

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



equidad
seguros



CODIGO DE RECAUDO
1100202563300001

PÓLIZA
AA025633

FACTURA
AA072298

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00002 **CERTIFICADO** AA069393 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 y 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
02	12	2011	DESDE	DD	01	MM	12	AAAA	2011	HORA	12:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12	AAAA	2014	HORA	12:00
										04	04
										DD	MM
											2025
											AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPROCESALUD CTA
DIRECCIÓN CALLE 49 # 18-67 OFICINA 106
ASEGURADO HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO
DIRECCIÓN CR 17 57 119 BRR PUEBLO NUEVO
BENEFICIARIO HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO
DIRECCIÓN CR 17 57 119 BRR PUEBLO NUEVO
AFIANZADO COOPROCESALUD CTA
DIRECCIÓN CALLE 49 # 18-67 OFICINA 106

E-MAIL
E-MAIL GERENCIAHRMM@HOTMAIL.COM
E-MAIL GERENCIAHRMM@HOTMAIL.COM
E-MAIL

NIT/CC 900321197
TEL/MOVIL 3124828797
NIT/CC 900136865
TEL/MOVIL 6010105
NIT/CC 900136865
TEL/MOVIL 6010105
NIT/CC 900321197
TEL/MOVIL 3124828797

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo) TIPO DE CONTRATO	BARRANCABERMEJA SANTANDER BARRANCABERMEJA HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO PREST SERVICIOS/CONOCIM TECNICO

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
CUMPLIMIENTO OFICIAL	\$2,340,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	\$2,340,000.00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS	\$2,340,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDENIZACION LABORAL	\$2,340,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
01/12/2011	30/04/2012	151
01/12/2011	30/04/2012	151
01/12/2011	30/04/2012	151
01/12/2011	31/12/2014	1126

VALOR ASEGURADO TOTAL \$9,360,000.00

NÚMERO DE RIESGOS

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$91,797.	\$.	\$.	\$91,797.

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO	
COMPañIA	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]

**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.

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
1100202563300001

PÓLIZA
AA025633

FACTURA
AA072298



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00002 **CERTIFICADO** AA069393 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 6076852916
AGENCIA BUCARAMANGA **DIRECCIÓN** CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
02	12	2011	DESDE	DD	01	MM	12	AAAA	2011	HORA	12:00	04	04	2025
DD	MM	AAAA		DD	31	MM	12	AAAA	2014	HORA	12:00			

DATOS GENERALES

TOMADOR COOPROCESALUD CTA **NIT/CC** 900321197
DIRECCIÓN CALLE 49 # 18-67 OFICINA 106 **E-MAIL**
TEL/MOVIL 3124828797

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

OBJETO DEL SEGURO:
 GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, LA CALIDAD DEL SERVICIO, EL BUEN USO DE LOS EQUIPOS Y EL PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES
 DEL PERSONAL CONTRATADO DERIVADO DEL CONTRATO NUMERO 0268-11 REFERENTE A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD
 DE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO.

Esta póliza se rige por las condiciones generales contenidas en la forma 30042009-1501-P-050000000000000403

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.