

# SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



**CODIGO DE RECAUDO**  
**1101705216800001**

**PÓLIZA**  
**AA052168**

**FACTURA**  
**AA103560**

**NIT 860028415**

## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL  
**COD. AGENCIA** 00017 **CERTIFICADO** AA096377 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 5707332  
**AGENCIA** VALLEDUPAR **DIRECCIÓN** CL 16 10 30 EDF. BANCOOP

| FECHA DE EXPEDICIÓN |    |      | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |    |    |    |    |      | FECHA DE IMPRESIÓN |      |       |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|----|----|------|--------------------|------|-------|
| 03                  | 08 | 2017 | DESDE                 | DD | 03 | MM | 08 | AAAA | 2017               | HORA | 12:00 |
| DD                  | MM | AAAA | HASTA                 | DD | 23 | MM | 08 | AAAA | 2020               | HORA | 12:00 |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** ONG FUNDACION PROVEER NUEVO MILENIO  
**DIRECCIÓN** CL 21 17 02  
**ASEGURADO** HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ E.S.E.  
**DIRECCIÓN** TV 18 19 56 IN BRR LAS DELICIAS  
**BENEFICIARIO** HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ E.S.E.  
**DIRECCIÓN** TV 18 19 56 IN BRR LAS DELICIAS  
**AFIANZADO** ONG FUNDACION PROVEER NUEVO MILENIO  
**DIRECCIÓN** CL 21 17 02

**E-MAIL** carlosgilquintero@hotmail.com  
**E-MAIL** GERENCIA@HRPLOPEZ.GOV.CO  
**E-MAIL** GERENCIA@HRPLOPEZ.GOV.CO  
**E-MAIL** carlosgilquintero@hotmail.com

**NIT/CC** 824002783  
**TEL/MOVIL** 5765079  
**NIT/CC** 892399994  
**TEL/MOVIL** 3175136559  
**NIT/CC** 892399994  
**TEL/MOVIL** 3175136559  
**NIT/CC** 824002783  
**TEL/MOVIL** 5765079

## INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                         | DETALLE                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciudad (Ubicación del Riesgo)<br>Departamento<br>Localidad, Comuna o Barrio<br>Dirección (Ubicación del Riesgo)<br>TIPO DE CONTRATO | VALLEDUPAR<br>CESAR<br>E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ<br>E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ<br>SUMINISTROS |

## INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

| GARANTÍAS OTORGADAS                                             | VALOR AFIANZADO |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Cumplimiento del Contrato                                       | \$9,800,000.00  |
| Calidad del Servicio                                            | \$19,600,000.00 |
| Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral | \$9,800,000.00  |

## VIGENCIAS GARANTÍA

| FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | DÍAS DE VIGENCIA |
|-----------------|----------------------|------------------|
| 03/08/2017      | 06/03/2018           | 215              |
| 03/08/2017      | 06/03/2018           | 215              |
| 03/08/2017      | 23/08/2020           | 1116             |

**VALOR ASEGURADO TOTAL** \$39,200,000.00

**NÚMERO DE RIESGOS**

| PRIMA NETA | GASTOS   | IVA       | TOTAL POR PAGAR |
|------------|----------|-----------|-----------------|
| \$163,014. | \$5,000. | \$31,923. | \$199,937.      |

**FORMA DE PAGO** Contado

**ENTIDAD BANCARIA**

| COASEGURO |               |
|-----------|---------------|
| COMPañIA  | PARTICIPACIÓN |
|           | %             |
|           |               |
|           |               |

| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA |                            |               |
|--------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                     | NOMBRE                     | PARTICIPACIÓN |
| 000077172792                               | JOSE ARTURO CALDERON COSTA | %             |
|                                            |                            |               |
|                                            |                            |               |

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](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.

# SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL

**CODIGO DE RECAUDO**  
**1101705216800001**

**PÓLIZA**  
**AA052168**

**FACTURA**  
**AA103560**



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL  
**COD. AGENCIA** 00017 **CERTIFICADO** AA096377 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 5707332  
**AGENCIA** VALLEDUPAR **DIRECCIÓN** CL 16 10 30 EDF. BANCOOP

| FECHA DE EXPEDICIÓN |    |      | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |    |    |    |    |      | FECHA DE IMPRESIÓN |      |       |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|----|----|------|--------------------|------|-------|
| 03                  | 08 | 2017 | DESDE                 | DD | 03 | MM | 08 | AAAA | 2017               | HORA | 12:00 |
| DD                  | MM | AAAA | HASTA                 | DD | 23 | MM | 08 | AAAA | 2020               | HORA | 12:00 |
|                     |    |      |                       |    |    |    |    |      |                    | 21   | 03    |
|                     |    |      |                       |    |    |    |    |      |                    | DD   | MM    |
|                     |    |      |                       |    |    |    |    |      |                    |      | AAAA  |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** ONG FUNDACION PROVEER NUEVO MILENIO **NIT/CC** 824002783  
**DIRECCIÓN** CL 21 17 02 **E-MAIL** carlosgilquintero@hotmail.com **TEL/MOVIL** 5765079

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXPIDE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO, LA CALIDAD DEL SERVICIO Y EL PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES, DEL CONTRATO N°294 DE FECHA 3 DE AGOSTO DE 2017 REFERENTE A CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y A LOS MEDICOS INTERNOS, DESAYUNOS Y ALMUERZOS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ.  
 ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 04/12/2015-1501-P-05-0000000000000403

**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.