

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



CODIGO DE RECAUDO
1102400018400001

PÓLIZA
AB00184

FACTURA
AB001445

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00024 **CERTIFICADO** AB001396 **DOCUMENTO** Modificación **TEL:** 8285933
AGENCIA APARTADO **DIRECCIÓN** CALLE 96 #99-27

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	DESDE	DD	MM	AAAA
06	06	2023	HASTA	01	06	2023	00:00	06	06	2023	24:00
				15	12	2026					

DATOS GENERALES

TOMADOR PROSALUD S.A.S. **NIT/CC** 800091462
DIRECCIÓN CARRERA 100 #95-23 SEGUNDO PISO - APARTADÓ **E-MAIL** CONTABILIDAD@IPSPROSALUD.COM **TEL/MOVIL** 6078280200
ASEGURADO AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL ANTIOQUIA CHOCO **NIT/CC** 800172114
DIRECCIÓN CARRERA 50 #79 SUR -101 LA ESTRELLA **E-MAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVIL** 0
BENEFICIARIO AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL ANTIOQUIA CHOCO **NIT/CC** 800172114
DIRECCIÓN CARRERA 50 #79 SUR -101 LA ESTRELLA **E-MAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVIL** 0
AFIANZADO PROSALUD S.A.S. **NIT/CC** 800091462
DIRECCIÓN CARRERA 100 #95-23 SEGUNDO PISO - APARTADÓ **E-MAIL** CONTABILIDAD@IPSPROSALUD.COM **TEL/MOVIL** 6078280200

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo)	CAREPA ANTIOQUIA CAREPA CAREPA

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	\$358,400.00
Calidad del Servicio	\$358,400.00
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral	\$179,200.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
01/06/2023	15/06/2024	380
01/06/2023	15/04/2024	319
01/06/2023	15/12/2026	1293

VALOR ASEGURADO TOTAL \$896,000.00

NÚMERO DE RIESGOS	
PRIMA NETA	GASTOS
\$20,000.	\$.
IVA	TOTAL POR PAGAR
\$3,800.	\$23,800.

FORMA DE PAGO Contado

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

ENTIDAD BANCARIA

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
00000000099	AGENTE DIRECTO	%

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 Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (801) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
1102400018400001

PÓLIZA
AB000184

FACTURA
AB001445



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00024 **CERTIFICADO** AB001396 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 8285933
AGENCIA APARTADO **DIRECCIÓN** CALLE 96 #99-27

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
06	06	2023	DESDE	DD	01	MM	06	AAAA	2023	HORA	00:00	06	06	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	15	MM	12	AAAA	2026	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR PROSALUD S.A.S. **NIT/CC** 800091462
DIRECCIÓN CARRERA 100 #95-23 SEGUNDO PISO - APARTADÓ **E-MAIL** CONTABILIDAD@IPSPROSALUD.COM **TEL/MOVIL** 6078280200

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA INCLUSION DEL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO 007-021-2023.

ESPERAMOS ACOMPAÑARLOS EN OTRA OCASIÓN.

OBJETO: GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N. 007-021-2023 RELACIONADO CON "PRESTACIÓN DE SERVICIO PAR ALA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, RETIRO Y/O PERIODICOS PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCO, UBICADOS EN LA ZONA DEL URABA ANTIOQUEÑO DE LA REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCO"

 EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

 ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 13/10/2021-1501-P-05-GCUMC00002000403-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA - EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

VIGILADO

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.