SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101054854	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
17	08	2021	17	08	2021	00:00	05	01	2025	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	GRUPO INEDITTO SAS			Identificación:	901162935-4
Dirección:	CR 53 NRO. 104 B - 56 INT 8 O	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3906695

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	INSTITUTO NACIONAL PARA CIEGOS			Identificación:	860015971-2
Dirección:	KR 13 34 91	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3846666

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 076 DE 17 DE AGOSTO DE 2021 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACTUALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y SOPORTE DEL SOFTWARE EN LÍNEA DE GESTIÓN EMPRESARIAL ESPECIALIZADO EN ARTES GRÁFICAS INEDITTO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA IMPRENTA NACIONAL PARA CIEGOS DEL INCI.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17/08/2021	05/05/2022	$ 1,904,600.00
CALIDAD DEL SERVICIO	17/08/2021	05/01/2023	$ 1,904,600.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	17/08/2021	05/01/2025	$ 476,150.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 60,000.00	$ 8,000.00	$ 12,920.00	$ 80,920.00	$ 4,285,350.00	17/08/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
FORTE SEGUROS LTDA	164119	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 7 NO. 57 -67 - Teléfono: 2172417 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Humberto Mora - Vicepresidente Ejecutivo

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA