

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V3

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5002051869

PÓLIZA No: 500 - 47 - 994000017429 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **FUNDADORES**

COD. AGENCIA: 500 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA MES AÑO
22 01 2019
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
23 01 2019
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **LUZ ESTELA GUTIERREZ BOTERO**

IDENTIFICACIÓN: CC **24.728.142**

DIRECCIÓN: **CARRERA 31B N. 67B - 02**

CIUDAD:

TELÉFONO: **3127376105**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.114.312-5**

BENEFICIARIO: **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.114.312-5**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL SERVICIO	21/01/2019	15/10/2019	1,623,280.00
BENEFICIARIOS NIT 800114312 - DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	21/01/2019	15/10/2019	1,623,280.00

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N. 150.25.4.096CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE SAC/SIAU DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS

LA PRESENTE POLIZA SE RIGE BAJO EL CLAUSULADO:

21/03/2018-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-09-DOOI v.4 15/08/2017-1502-NT-P-05-P020817005018000

EL CLAUSULADO PUEDE SER CONSULTADO EN LA WEB EN EL LINK:
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/segueros-para-ti/clausulados-de-productos.aspx>

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****3,246,560.00	VALOR PRIMA: \$ *****16,000	GASTOS EXPEDICION: \$ *****9,000.00	IVA: \$ *****4,750	TOTAL A PAGAR: \$ *****29,750
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
----------------------	-------	-------	----------------------------------	-------	-----------------

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)000000000007000500205186

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

