

# SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA  
AA022364

FACTURA  
AA074644



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

**DOCUMENTO** Modificación **PRODUCTO** R.C.E. ENTIDAD ESTATAL  
**CERTIFICADO** AA073878 **FORMA DE PAGO** Contado **TELÉFONO** 5730309  
**AGENCIA** LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS LTDA **DIRECCIÓN** AV.0 NO.12-66 OFIC.202

**ORDEN** 1  
**USUARIO** ACAMACHO

| FECHA DE EXPEDICIÓN |    |      | VIGENCIA DE LA POLIZA |    |    |    | FECHA DE IMPRESIÓN |       |      |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|----|--------------------|-------|------|
| 19                  | 02 | 2020 | DESDE                 | DD | 18 | MM | 02                 | AAAA  | 2020 |
| DD                  | MM | AAAA | HASTA                 | DD | 31 | MM | 07                 | AAAA  | 2020 |
|                     |    |      |                       |    |    |    | HORA               | 12:00 |      |
|                     |    |      |                       |    |    |    | HORA               | 12:00 |      |
|                     |    |      |                       |    |    |    |                    | 19    | 02   |
|                     |    |      |                       |    |    |    |                    | DD    | MM   |
|                     |    |      |                       |    |    |    |                    |       | AAAA |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** DIPROMEDICOS SAS  
**DIRECCIÓN** AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA  
**ASEGURADO** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
**DIRECCIÓN** CRA 6A # 119B-14  
**BENEFICIARIO** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
**DIRECCIÓN** CRA 6A # 119B-14

**EMAIL** notiene@notiene.com  
**EMAIL** GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO  
**EMAIL** GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO

**NIT/CC** 900493018  
**TEL/MOVL** 5745075  
**NIT/CC** 900971006  
**TEL/MOVL** 6191220  
**NIT/CC** 900971006  
**TEL/MOVL** 6191220

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE                                                            | DESCRIPCIÓN                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CIUDAD<br>DEPARTAMENTO<br>LOCALIDAD<br>DIRECCIÓN<br>CANAL DE VENTA | BOGOTA D.C.<br>CUNDINAMARCA<br>CALLE 66 N° 15-41<br>CALLE 66 N° 15-41<br>DIRECTO |

## COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                     | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR | PRIMA  |
|---------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|--------|
| Predios Labores y Operaciones.  | \$66,000,000.00 | 10.00%      | 1.00 SMMLV      | \$ .00 |
| Contratistas y Subcontratistas. | \$19,800,000.00 | 10.00%      | 1.00 SMMLV      | \$ .00 |
| Responsabilidad Civil Patronal. | \$19,800,000.00 | 10.00%      | 1.00 SMMLV      | \$ .00 |
| Gastos Médicos                  | \$13,200,000.00 | 10.00%      | 1.00 SMMLV      | \$ .00 |

| VALOR ASEGURADO TOTAL | PRIMA NETA  | GASTOS | IVA        | TOTAL POR PAGAR |
|-----------------------|-------------|--------|------------|-----------------|
| \$66,000,000.00       | \$19,900.00 |        | \$3,781.00 | \$23,681.00     |

| COASEGURO |               | INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA |                                                         |
|-----------|---------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| COMPañIA  | PARTICIPACIÓN | CÓDIGO                                     | NOMBRE                                                  |
|           | %             | 807002701                                  | LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS LTDA |
|           |               |                                            | %                                                       |

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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

*[Firma Autorizada]*

*[Firma Tomador]*



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA  
AA022364

FACTURA  
AA074644



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

**DOCUMENTO** Modificación  
**CERTIFICADO** AA073878  
**AGENCIA** LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS

**PRODUCTO** R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

**FORMA DE PAGO** Contado

**TELÉFONO** 5730309

**ORDEN** 1  
**USUARIO** ACAMACHO

**DIRECCIÓN** AV.0 NO.12-66 OFIC.202

## FECHA DE EXPEDICIÓN

## VIGENCIA DE LA POLIZA

## FECHA DE IMPRESIÓN

|    |    |      |       |    |    |    |    |      |      |      |       |    |    |      |
|----|----|------|-------|----|----|----|----|------|------|------|-------|----|----|------|
| 19 | 02 | 2020 | DESDE | DD | 18 | MM | 02 | AAAA | 2020 | HORA | 12:00 | 19 | 02 | 2020 |
| DD | MM | AAAA | HASTA | DD | 31 | MM | 07 | AAAA | 2020 | HORA | 12:00 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** DIPROMEDICOS SAS  
**DIRECCIÓN** AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA

**EMAIL** notiene@notiene.com

**NIT/CC** 900493018  
**TEL/MOVI** 5745075

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE INCREMENTA EL VALOR ASEGURADO EN ATENCION AL OTRO SI No. 8 ADICION AL CONTRATO 047 DE 2019.

SE GARANTIZA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL CONTRATO DE SUMINISTRO N° 047-2019 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Y DIPROMEDICOS S.A.S. POLIZA CUMPLIMIENTO AA022363.

OBJETO: INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, CIRUGÍA DE TÓRAX, CIRUGÍA DE MANO, CIRUGÍA ARTROSCÓPICA, TRAUMA, CIRUGÍA COLUMNA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, CIRUGÍA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 120.000.000=  
VALOR ADICION AL CONTRATO \$30.000.000=  
VALOR ADICIONAL No. 6 \$60.000.000  
VALOR ADICIONAL No. 7 \$60.000.000  
VALOR ADICIONAL No. 8 \$60.000.000  
VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 330.000.000=

PARA TODOS LOS EFECTOS SE DEJA CLARO QUE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRA VIGENTE DESDE 27/03/2019

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 25-02-2015-1501-P-06-00000000001007. 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](http://www.laequidadseguros.coop)

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324