Número Poliza: 4214362

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS	NIT	8040068531
Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CRA 30 NO 40 -49 SEGUNDO PISO	BUCARAMANGA	

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS	NIT	8040068531	CRA 30 NO 40 -49 SEGUNDO PISO	BUCARAMANGA	

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	NIT	8000842062

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina	Ciudad expedición	Fecha de expedición
16414077	POLIZA NUEVA	2450	BUCARAMANGA	2025-02-17
Forma de pago	**Número de riesgos vigentes**	**Referencia de pago**	**Producto**	**Moneda**
CONTADO	1	01216414077	SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA)	PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CALIDAD DEL SERVICIO	31-DIC-2025	31-DIC-2026	$31.350.000,00	$94.050
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14-FEB-2025	30-JUN-2026	$41.800.000,00	$172.124
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	14-FEB-2025	31-DIC-2028	$20.900.000,00	$243.242

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar	Valor asegurado	Total valor asegurado
$509.416	$96.789	$606.205	$94.050.000,00	$94.050.000,00

VALOR A PAGAR EN LETRAS : SEISCIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/L

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

Vigencia movimiento desde	Vigencia movimiento hasta	Número de días	Vigencia póliza desde	Vigencia póliza hasta
14-FEB-2025	31-DIC-2028	1416	14-FEB-2025	31-DIC-2028

Ramo	Producto	Oficina	Usuario
012	NDX	2450	CUM001

INTERMEDIARIO

Nombres y apellidos o razón social	Código	Compañía	Categoría	% participación	Prima
OSCAR JAVIER MEJIA WANDURRAGA	45336	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100%	509.416

COASEGURO

Tipo coaseguro	Número póliza líder	Documento compañía líder
DIRECTO		

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULADO	2017-01-01	13 - 18	P	05	F-01-12-084	D00I
NOTA TÉCNICA	2017-06-25	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011	

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS :

"SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. 0371. CON VALOR DEL CONTRATO $209,000,000, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CITOPATOLOGIA Y ANATOMOPATOLOGIA, EN LA MODALIDAD DE EVENTO A LOS USUARIOS DE LA ESE ISABU
////
EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO DE ESTA POLIZA ES LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA, CON NIT. 8000842062."

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención.

INFORMACIÓN ADICIONAL

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA PROFORMA. F-01-12-084 LAS CUALES SE ADJUNTAN.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.



Firma autorizada



Firma tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO

POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A
HACE CONSTAR

Que la garantía de SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA) en la póliza 4214362 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS y Asegurado y/o Beneficiario es EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA y su documento 16414077 expedida el día 17 de Febrero de 2025 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Concepto	Valor
Prima	$509.416
Impuestos	$96.789
	Total: $606.205

La presente poliza no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 17 dias del mes de Febrero de 2025.

Firma Autorizada