

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL



CODIGO DE RECAUDO
1107100464400001

PÓLIZA
AB004644

FACTURA
AB028118

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00071 CERTIFICADO AB027219 DOCUMENTO Modificación TEL: 3227442276 -3232091842
AGENCIA FRANQUICIA BULEVAR DIRECCIÓN Cra 58 N° 127-59 Oficina 375

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
29	12	2025	DESDE	DD	24	MM	12	AAAA	2025	HORA	12:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	01	AAAA	2029	HORA	12:00

DATOS GENERALES

TOMADOR M&D MEDICAL DEVICES SAS
DIRECCIÓN CARRERA 70D # 115A-38 OFIC 402 E-MAIL INFO@MYDMEDICAL.COM NIT/CC 830053126
ASEGURADO DEPARTAMENTO DE BOLIVAR TEL/MOVIL 3112637495
DIRECCIÓN CARRETERA CARTAGENA- TURBACO KM3 SECTOR EL CORTIJO E-MAIL GOBERNADOR@BOLIVAR.GOV.CO NIT/CC 890480059
BENEFICIARIO DEPARTAMENTO DE BOLIVAR TEL/MOVIL 6517444
DIRECCIÓN CARRETERA CARTAGENA- TURBACO KM3 SECTOR EL CORTIJO E-MAIL GOBERNADOR@BOLIVAR.GOV.CO NIT/CC 890480059
AFIANZADO M&D MEDICAL DEVICES SAS TEL/MOVIL 6517444
DIRECCIÓN CARRERA 70D # 115A-38 OFIC 402 E-MAIL INFO@MYDMEDICAL.COM NIT/CC 830053126
TEL/MOVIL 3112637495

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo)	CARTAGENA BOLIVAR CARTAGENA CARTAGENA

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	\$17,080,000.00
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral	\$8,540,000.00
Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes y Equipos Suministrados	\$34,160,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
24/12/2025	31/05/2026	158
24/12/2025	31/01/2029	1134
31/01/2026	31/01/2028	730

VALOR ASEGURADO TOTAL \$59,780,000.00

NÚMERO DE RIESGOS

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$35,023.	\$.	\$6,654.	\$41,677.

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
860532821	PEREZ LARA CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS	%

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.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

[Firma Tomador]
FIRMA TOMADOR

M&D Medical Devices S.A.S



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.

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
1107100464400001

PÓLIZA
AB004644

FACTURA
AB028118



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00071 **CERTIFICADO** AB027219 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 3227442276 -3232091842
AGENCIA FRANQUICIA BULEVAR **DIRECCIÓN** Cra 58 N° 127-59 Oficina 375

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN		
29	12	2025	DESDE	DD	24	MM	12	AAAA	2025	29
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	01	AAAA	2029	DD

DATOS GENERALES

TOMADOR M&D MEDICAL DEVICES SAS **NIT/CC** 830053126
DIRECCIÓN CARRERA 70D # 115A-38 OFIC 402 **E-MAIL** INFO@MYDMEDICAL.COM **TEL/MOVIL** 3112637495

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

****MODIFICACIÓN ****
 POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y SEGÚN ACTA DE SUSPENSIÓN DEL 24 DE DICIEMBRE DE 2025, SE MODIFICA LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS ARRIBA CITADOS.

SUSPENSIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2026

LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINÚAN VIGENTES.

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO SA-SI-SG-001-2025
 CUYO OBJETO ES : ADQUISICIÓN DE EQUIPO
 DE RAYOS X DIGITAL PORTATIL CON DESTINO AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES-DIRECCIÓN SECCIONAL BOLÍVAR

ASEGURADO - BENEFICIARIO : DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
 NIT 890.480.059-1

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

[Handwritten signature]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

[Handwritten signature]
M&D Medical Devices S.A.S
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.

SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AB004676

FACTURA
AB028119



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL						ORDEN	1				
CERTIFICADO	AB027220	FORMA DE PAGO	Contado		TELEFONO	3227442276 -3232091842			USUARIO	LMORGAN71				
AGENCIA	FRANQUICIA BULEVAR	DIRECCIÓN	Cra 58 N° 127-59 Oficina 375											
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN			
29	12	2025	DESDE	DD	24	MM	12	AAAA	2025	HORA	12:00	29	12	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	01	AAAA	2026	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	M&D MEDICAL DEVICES SAS	NIT/CC	830053126
DIRECCIÓN	CARRERA 70D # 115A-38 OFIC 402	TEL/MOVL	3112637495
ASEGURADO	DEPARTAMENTO DE BOLIVAR	NIT/CC	890480059
DIRECCIÓN	CARRETERA CARTAGENA- TURBACO KM3 SECTOR EL CORTIJO	TEL/MOVL	6517444
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	111111113
DIRECCIÓN		TEL/MOVL	-
EMAIL	INFO@MYDMEDICAL.COM		
EMAIL	GOBERNADOR@BOLIVAR.GOV.CO		
EMAIL	notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo) Clausulado N°	CARTAGENA BOLIVAR CARTAGENA CARTAGENA 20-10-2021-1501-P-06-00000000001007-D001

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	\$284,700,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$.00
Contratistas y Subcontratistas.	\$284,700,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$.00
Responsabilidad Civil Patronal.	\$284,700,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$.00
Vehículos Propios y no Propios.	\$284,700,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$284,700,000.00	\$50,778.00		\$9,648.00	\$60,426.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPañIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	860532821	PEREZ LARA CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS	%

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.



[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

M&D Medical Devices S.A.S

[Firma Tomador]

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.

PÓLIZA
AB004676

FACTURA
AB028119

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificación

CERTICADO AB027220

PRODUCTO

R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

FORMA DE PAGO Contado

TELEFONO 3227442276 -3232091842

ORDEN 1**USUARIO** LMORGAN71

AGENCIA **FRANQUICIA BULEVAR**

VIGENCIA DE LA POLIZA

29	12	2025	DESDE	DD	24	MM	12	AAAA	2025	HORA	12:00	29	12	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	01	AAAA	2026	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR M&D MEDICAL DEVICES SAS

DIRECCIÓN CARRERA 70D # 115A-38 OFIC 402

EMAIL INFO@MYDMEDICAL.COM

NIT/CC 830053126

TEL/ MOVIL 3112637495

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

****MODIFICACIÓN ****

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y SEGÚN ACTA DE SUSPENSIÓN DEL 24 DE DICIEMBRE DE 2025, SE MODIFICA LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

SUSPENSIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2026

LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINÚAN VIGENTES.

SE GARANTIZA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN DESARROLLO DEL CONTRATO SA-SI-SG-001-2025 CUYO OBJETO ES: ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL PORTATIL CON DESTINO AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES-DIRECCIÓN SECCIONAL BOLÍVAR

ASEGURADO : DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR NIT 890.480.059-1

BENEFICIARIO : TERCEROS AFECTADOS Y/O DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR NIT 890.480.059-1

COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS POR DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE. VALOR ASEGURADO 200 SMMLV

COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES. VALOR ASEGURADO 200 SMMLV

COBERTURA EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD SURGIDA POR ACTOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, SALVO QUE EL SUBCONTRATISTA TENGA SU PROPIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL, CON LOS MISMOS AMPAROS AQUÍ REQUERIDOS. VALOR ASEGURADO 200 SMMVLV

COBERTURA EXPRESA DE AMPARO PATRONAL. VALOR ASEGURADO 200 SMMVL

COBERTURA EXPRESA DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. VALOR ASEGURADO 200 SMMLV

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA DESCRITA EN EL DETALLE DE LA PÓLIZA, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A LA PAGINA www.laequidadseguros.coop

**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

M&D Medical Devices S.A.S.

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.



Sucursal Virtual Negocios
Pago PSE

29 Dic 2025 16:59:06
NIT: 830053126
Usuario: HUGO MARIÑO



Pago exitoso
CUS 2044870482

Comercio
La Equidad Seguros Generales
Organismo Cooperativo

Referencia 1

Fecha
29 Dic 2025 16:59:06

Referencia 2

Número de factura
7045447030606910

Referencia 3

Descripción del pago
GOB BOLIVAR SUSPENSION

Valor del Pago
\$102.103

Número de comprobante
TR1657380482

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 0512**