HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**	**Código: GJC22F**	**Versión: 1**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y SOFIA MARCELA REYES MERCADO identificado con C.C. 1000493210

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20260373	RP:	572	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			6.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-15	FECHA DE FINALIZACION:			2026-02-28
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Pendiente

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

SOFIA MARCELA REYES MERCADO
1000493210
CARRERA 3 OESTE 26-50 BAIA LOFT
3145150354
sofiamreyesm@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SOFIA MARCELA REYES MERCADO		
DOCUMENTO:	1000493210		
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 OESTE 26-50 BAIA LOFT	TELÉFONO:	3145150354
CORREO ELECTRONICO:	sofiamreyesm@hotmail.com		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260373						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	572	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-15	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00			VALOR A PAGAR:	6.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	78161645426
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**						

FIRMA

Sofia Reyes

SOFIA MARCELA REYES MERCADO
C.C. 1000493210 expedida en BOGOTA

HUMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

SOFIA MARCELA REYES MERCADO

CON C.C Nº 1000493210

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20260373**	**DE FECHA INICIO**	**15/01/2026**

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el líder de área o subgerente científico de E.S.E.
2	Entrega de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
3	Realizar registró en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen., epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
4	Pasar revista diaria en las 3 jornadas y presentar cada paciente al especialista correspondiente.
5	Puede ser asignado para asistir a la ayudantía quirúrgica de los pacientes que así lo requieran.
6	Apoyo en actividades administrativas de gestión de recursos del servicio
7	Supervisión de las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama.
8	Realización de Certificados de defunción según solicitud del Líder o de la Subdirección Científica.
9	Socializar y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
10	Realización de formatos de justificación de medicamentos no POS según necesidad e indicación de los médicos tratantes.
11	Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las Historias Clínicas.
12	Presentar informes según solicitud del supervisor del contrato o la Subdirección Científica.
13	Garantizar la presencia requerida para desarrollar el objeto contratado, para prestar sus servicios en el área que se les designe.
14	Atender a los pacientes en las secuencias y en área asignada por la E.S.E.
15	Asistir y presentar los pacientes en la ronda Medico técnico- científica y Técnico- Administrativa que se realicen en el servicio correspondiente.
16	Realizar la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS, Epicrisis, de los pacientes hospitalizados.
17	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
18	Participar en las jornadas científicas y actividades académicas, de investigación que convoque el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencia suscritos o que suscriba la E.S.E
19	Diligenciar completamente las fichas de notificación epidemiológicas obligatorias de los eventos de interés en salud pública dictaminadas por el instituto nacional de salud.
20	Tener comunicación para su fácil localización en casos de urgencias.
21	Resolver las objeciones y/o glosas a la prestación del servicio y contestarlas dentro de los cinco días siguientes a la notificación de las mismas; de igual forma en el caso que por acciones u omisiones de los médicos en su desempeño profesional generen glosas por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o en su defecto sean detectadas durante el proceso de facturación que impida el cobro del servicio.
22	Realizar las contrarreferencias, cuando a ello haya lugar, de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención.
23	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento.
24	Participar de las unidad de análisis que haya lugar a los datos paciente en estudio

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9496820323**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**5/1/2025**	**$ 280.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**5/1/2025**	**$ 358.400**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**5/1/2025**	**$ 54.600**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260373 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260373
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	REYES MERCADO SOFIA MARCELA
NO. DE IDENTIDAD	1000493210
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	12.000.000 (DOCE MILLONES DE PESOS M/C)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelara al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de SEIS MILLONES DE PESOS M/L ($ 6.000.000), de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder el 28 de febrero de 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	572
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**

Entre los suscritos a saber, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZADION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20260373** por otra REYES MERCADO SOFIA MARCELA, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el día **15**, del mes de **ENERO** del año **2026**.

.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 8.742.789

CONTRATISTA,

sofia Reyes

REYES MERCADO SOFIA MARCELA
CC. 1000493210

COPIA CONTROLADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000493210		REYES MERCADO SOFIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 3 oeste edificio bahia loft	CIENAGA-MAGDALENA	3145150354	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2059426256	9496820323	I	2026/01/06	2026/01/05	BANCOLOMBIA	0	$706,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,240,000**	**$358,400**			**$2,240,000**	**$280,000**			**$2,240,000**	**$13,500**			**$2,240,000**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$706,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$2,240,000	$13,500			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$706,500
Ciudad: CIENAGA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$2,240,000	$13,500			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$706,500
1	CC	1000493210 REYES SOFIA																		23030 1	30	$2,240,000	$358,400	EPS002	30	$2,240,000	$280,000	CCF33	30	$2,240,000	$13,500	14-23	30	$2,240,000	2.436%	$54,600	30	$0	$0	No	$706,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$2,240,000	$13,500			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$706,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$0	$0	$358,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$358,400	$0	$0	$358,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$0	$0	$54,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$54,600	$0	$0	$54,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,500	$0	$0	$13,500
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	1	$13,500	$0	$0	$13,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,000	$0	$0	$280,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$280,000	$0	$0	$280,000
TOTAL				**1**	**$706,500**	**$0**	**$0**	**$706,500**

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002374	2

TOMADOR SOFIA MARCELA REYES MERCADO — CC 1.000.493.210
DIRECCION CR 3 OESTE NRO. 26 - 50 — TELEFONO 3145150354
ASEGURADO SOFIA MARCELA REYES MERCADO — CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA
DIRECCION CR 3 OESTE NRO. 26 - 50 — CC 1.000.493.210
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA — TELEFONO 3145150354
NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
09 / 01 / 2026	01 / 04 / 2025	01 / 04 / 2026	08 / 01 / 2026	01 / 04 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
MARINA DE LAS MISER CORREA CARDENAS	20307	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 550,000,000.00		
		$ 550,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******120,000,000.00	PRIMA:	$ ***********50,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************9,500.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********59,500.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11015101035597(3900)000000059500(96)20260222

REFERENCIA PAGO: 1101510103559-7

46-03-101002374

FIRMA AUTORIZADA
ROYMANDELACRUZ

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002374	2

TOMADOR SOFIA MARCELA REYES MERCADO — CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA — CC 1.000.493.210 — TELEFONO 3145150354

DIRECCION CR 3 OESTE NRO. 26 - 50

ASEGURADO SOFIA MARCELA REYES MERCADO — CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA — CC 1.000.493.210 — TELEFONO 3145150354

DIRECCION CR 3 OESTE NRO. 26 - 50

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
09 / 01 / 2026	01 / 04 / 2025	01 / 04 / 2026	08 / 01 / 2026	01 / 04 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MARINA DE LAS MISER CORREA CARDENAS CLIENTE	20307	100.00

COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PAGINA WEB | pse | American Express | MasterCard | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIIRED | Gana Gana | SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA: $ *******120,000,000.00	PRIMA: $ ***********50,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO	IVA: $ ***********9,500.00
	TOTAL A PAGAR: $ ***********59,500.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11015101035597(3900)000000059500(96)20260222

REFERENCIA PAGO: 1101510103559-7

AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE