

**DATOS DE ENVÍO****NOMBRE:** AV SEGUROS EXPRESS LIMITADA**DIRECCIÓN:****CIUDAD:** VALLEDUPAR-CESAR**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** LABORATORIOS NANCY FLOREZ GARCIA SAS**IDENTIFICACIÓN:** NT 824005588**TELÉFONO:** 5732963 3163814904**DIRECCIÓN:** CLL 16A # 16 38**CIUDAD:** VALLEDUPAR**OBSERVACIONES:** Porrroga Conforme Acta De Inicio Ya Que No Permite Traslado De Vigencia, Con Aval De Inmediario.CERTIFICADO DE MODIFICACION**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**  
CERTIFICADO DE MODIFICACION**Póliza N°:** 1510100109201**Certificado:** 3 **N°** 004**Fecha de Expedición:** 28/04/2026**VIGENCIA DEL SEGURO****DESDE****06/04/2026**

Día Mes Año

A las 00 Horas

**HASTA****13/07/2026**

Día Mes Año

A las 24 Horas

**VIGENCIA DEL CERTIFICADO****DESDE****06/07/2026**

Día Mes Año

A las 00 Horas

**HASTA****13/07/2026**

Día Mes Año

A las 24 Horas

**ASEGURADOS**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO ASEGURADO
LABORATORIOS NANCY FLOREZ GARCIA SAS	824005588	NT	ASEGURADO PRINCIPAL
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO	890102006	NT	ASEGURADO ADICIONAL

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS			

**DATOS DEL ASESOR**

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART
AV SEGUROS EXPRESS LIMITADA	0	100%

**DATOS DE LA PÓLIZA**

RESPONSABILIDAD CIVIL	
Póliza de cumplimiento Asociada	No Registra
Ciudad de Expedición	BARRANQUILLA
Localidad de Radicación	BARRANQUILLA FI
Dirección de predio asegurado	DIRECCION RIESGO 1



## AMPAROS

COBERTURA	LÍMITE COBERTURA	DEDUCIBLE VALOR A CARGO DEL ASEGURADO	
		VALOR PORCENTUAL PÉRDIDA	VALOR MÍNIMO
222 PREDIOS LABOR.Y OPERACIO	350,181,000 COP	10 %	2 COP
<b>PRIMA TOTAL</b>			<b>\$13,179</b>

**Código de Clausulado que aplica:** 07/03/2022-1327-P-06-RC-000000000017-D001 Consulte este clausulado y la documentación necesaria para presentar una reclamación en la página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

(\*) COP: Pesos Colombianos; USD: Dólares Americanos; SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

## MEDIOS DE PAGO

- Caja de la compañía

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: [contacto@segurosbolivar.com](mailto:contacto@segurosbolivar.com).
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

**EN CASO DE SINIESTRO:** Para el aviso de siniestro se dispone del correo electrónico: [indemnizacionessegurosgenerales@segurosbolivar.com](mailto:indemnizacionessegurosgenerales@segurosbolivar.com); o puede comunicarse con la RED 322 opción 1 opción 5, desde un celular al #322 o desde un fijo al 018000123322.

## \$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$13,179
IVA PRIMA:	\$2,504
<b>TOTAL A PAGAR:</b>	<b>\$15,683</b>
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL
<b>PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA:</b>	<b>\$15,683</b>



### NOTA IMPORTANTE

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.

Firma Representante Legal



## ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

RIESGO 1

## CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

### Identificación:

INDEMNIZAR LOS DANOS Y/O PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE DERIVEN DE UN DANO FISICO Y/O MATERIAL IMPUTABLES AL TOMADOR Y/O ASEGURADO DE LA POLIZA, Y CAUSADOS POR LESIONES, MUERTE Y/O DANOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS Y DERIVADOS DE LA EJECUCION DE LACARTA DE ACEPTACION DE LA OFERTA PROCESO DE MINIMA CUANTIA MC-0004-2026 CONTRATO N° 202602583 CUYO OBJETO ES PR ESTACION DE SERVICIOS DE CARACTERIZACION DE AGUAS RESIDUALES GENERADAS POR EL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA.

3. COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES.
  - 3.1. COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS POR DANO EMERGENTE Y LU CRO CESANTE.
  - 3.2. COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS EXTRAMATRIMONIALES.
  - 3.3. COBERTURA EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD SURGIDA POR ACT OS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, SALVO QUE EL SUBCONTRA TISTA TENGA SU PROPIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRAC TUAL, CON LOS MISMOS AMPAROS AQUI REQUERIDOS.
  - 3.4. COBERTURA EXPRESA DE AMPARO PATRONAL.
  - 3.5. COBERTURA EXPRESA DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

SE AJUSTA VIGENCIA DE ACUERDO A SOLICITUD

NOTA: SEGUROS BOLIVAR RECONOCE Y ACEPTA ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. 202602583 CON FECHA DEL 13/04/2026

ASEGURADO ADICIONAL

PARA EFECTOS DE ESTA POLIZA SE CONSIDERA A LA PERSONA

NATURAL O JURIDICA QUE APARECE EN LA PRESENTE POLIZA COMO ASEGURADO ADICIONAL, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR AQUELLOS DANOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL EN EJERCICIO DEL CONTRATO FIRMADO ENTRE LAS PARTES PERO NO DERIVADOS DE ESTE, QUE AMPARA LA PRESENTE POLIZA, EXCLUYENDO LA RESPONSABILIDAD PROPIA DE LOS ASEGURADOS ADICIONALES.

#### BENEFICIARIO ADICIONAL

PARA EFECTOS DE ESTA POLIZA, SE CONSIDERA A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE APARECE EN LA PRESENTE POLIZA COMO BENEFICIARIO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO PUEDA CONSIDERARSE COMO TERCERO BAJO LA LEY APLICABLE, EXCLUYENDO, CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL O PROFESIONAL Y EXCLUSIVAMENTE PARA AQUELLOS DANOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL EN EJERCICIO DEL CONTRATO FIRMADO ENTRE LAS PARTES PERO NO DERIVADO DE ESTE, QUE AMPARA LA PRESENTE POLIZA.

# RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1510100109201  
Certificado: 3 N°: 004  
Fecha de Expedición: 01/04/2026

## MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629845423540004.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com) opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

### DATOS DEL TOMADOR

**NOMBRE:** LABORATORIOS NANCY FLOREZ GARCIA SAS

## \$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$13,179
IVA PRIMA:	\$2,504
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$15,683</b>



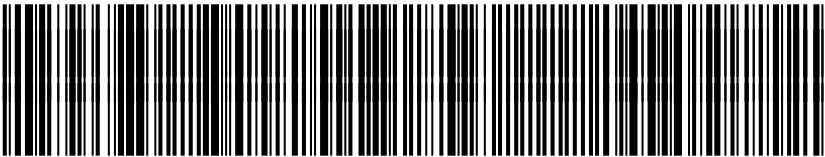
Firma Representante Legal

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

## Seguros Comerciales Bolívar S.A.

**TOTAL A PAGAR** **\$15,683**

**PARA PAGO EN BANCOS**



(415)7709998010260(8020)0629845423540004(3900)000000015683(96)20260820

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629845423540004

Póliza N°: 1510100109201

Valor efectivo:

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda:1044189

Bancolombia:64912

Banco de Occidente:18659

Grupo Éxito:4382