SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

equidad seguros

NIT 860028415

PÓLIZA AB001574

FACTURA AB019753

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	**PRODUCTO**	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL	**ORDEN**	1
CERTICADO	AB019083	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	3174329877
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA			**DIRECCIÓN**	CALLE 23 DN # 5B - 05 IB/VERSALLES
				USUARIO	APORTIZ82

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
06	05	2026	DESDE	DD	30	MM	04	AAAA 2026	HORA	12:00	06	05	2026
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12	AAAA 2026	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	FARMART LTDA			**NIT/CC**	900432887
DIRECCIÓN	CALLE 9C #44-30	**E-MAIL**	FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM	**TEL/MOVIL**	3168340457
ASEGURADO	HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE ESE			**NIT/CC**	890304155
DIRECCIÓN	CL 4 77 A 23	**E-MAIL**	CARTERA@PSIQUIATRICOCALI.GOV.CO	**TEL/MOVIL**	6821800000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			**NIT/CC**	111111113
DIRECCIÓN		**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	-

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	$350,181,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Contratistas y Subcontratistas.	$.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Patronal.	$.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos Médicos	$.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$350,181,000.00	$587,633.00		$111,650.00	$699,283.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900709184	JAL 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.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AB001574

FACTURA
AB019753

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo **PRODUCTO** R.C.E. ENTIDAD ESTATAL **ORDEN** 1
CERTICADO AB019083 **FORMA DE PAGO** Contado **TELEFONO** 3174329877 **USUARIO** APORTIZ82
AGENCIA FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA **DIRECCIÓN** CALLE 23 DN # 5B - 05 B/VERSALLES

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
06	05	2026	**DESDE**	DD	30	MM	04	AAAA 2026	**HORA**	12:00	06	05	2026
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	31	MM	12	AAAA 2026	**HORA**	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR FARMART LTDA **NIT/CC** 900432887
DIRECCIÓN CALLE 9C #44-30 **E-MAIL** FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM **TEL/MOVIL** 3168340457

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

CONTRATO: GJ-032-2026

OBJETO:
SUMINISTRO Y PROVISIÓN DE LA CANTIDAD TOTAL DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS MÉDICOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) Y FUERA DE ÉL (NO PBS), QUE SEAN REQUERIDOS MEDIANTE FÓRMULA PRESCRITA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HDPUV

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS