

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4006369658

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000074095 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA	COD. AGENCIA: 400	RAMO: 47																		
TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>02</td> <td>2021</td> <td>23</td> <td>02</td> <td>2021</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FECHA DE EXPEDICIÓN</td> <td colspan="3">FECHA DE IMPRESIÓN</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	23	02	2021	23	02	2021	FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO															
23	02	2021	23	02	2021															
FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN																	

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: LH S.A.S.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.294.380-1
DIRECCIÓN: CARRERA 32 NO 36-13	CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 6316320

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.959.051-7
BENEFICIARIO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.959.051-7

AMPAROS			
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	22/01/2021	31/07/2021	1,763,240.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	22/01/2021	31/03/2024	881,620.00
CALIDAD DEL BIEN	22/01/2021	31/07/2021	1,763,240.00
BENEFICIARIOS NIT 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS: ↓ ***OBJETO DE LA GARANTIA*** EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE SUMINISTRO NO. 02-BS-0007-2021, DE FECHA 22/01/2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE. ***** MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA OTROSI NUMERO 001 DE PRORROGA AL CONTRATO DE SUMINISTRO NUMERO 02-0007-2021 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LH S.A.S. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICAN CONTINUAN VIGENTES.			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****4,408,100.00	VALOR PRIMA: \$ *****9,179	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****1,744	TOTAL A PAGAR: \$ *****10,922
NOMBRE INTERMEDIARIO SOY SEGUROS LTDA	CLAVE 7113	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO 	%PART
VALOR ASEGURADO 				

<p>Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.</p>	
FIRMA ASEGURADOR	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá	CLIENTE
--	---------

CAD8207E0B0DFE7F5B



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4006369724

PÓLIZA No: 400 -74 - 994000018544 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA				COD. AGE: 400				RAMO: 74				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
23	02	2021		22	05	2021	23:59	30	06	2021	23:59	39	23	02	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL								TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION							

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS				DIA				MES				AÑO				HORAS				DIA			
								22				05				2021				23:59				30				06				2021				23:59				39			
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS																							

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: LH S.A.S.		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.294.380-1	
DIRECCIÓN: CARRERA 32 NO 36-13		CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER	
		TELÉFONO: 6316320	

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: LH S.A.S.		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.294.380-1	
DIRECCIÓN: CARRERA 32 NO 36-13		CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER	
		TELÉFONO: 6316320	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ASEGURADO: LH S.A.S.			
NIT : 900294380			
ITEM: 1		DEPARTAMENTO: SANTANDER	
		CIUDAD: BUCARAMANGA	
DIRECCION: CALLE 36 No. 32-8			
ACTIVIDAD: CONTRATO DE SUMINISTROS			
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO		TIPO DE RIESGO: SERVICIOS	
		MANZANA: 36-33	
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR
CONTRATO		\$ 3,526,480.00	
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	3,526,480.00	
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES			
BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
Mediante la presente póliza se amparan los perjuicios patrimoniales que cause directamente el asegurado con motivo de una determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana en virtud de la ejecución del contrato DE SUMINISTRO NO. 02-BS-0007-2021, DE FECHA 22/01/2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.			
ASEGURADOS: LINEAS HOSPITALARIAS SAS NIT-900294380-1 Y SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT-900959051-7			
BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS Y SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT-900959051-7			

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO DE OTROSI NUMERO 001 DE PRORROGA AL CONTRATO DE SUMINISTRO NUMERO 02-BS-0007-2021 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LH S.A.S.			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****3,526,480.00	VALOR PRIMA: \$ *****3,768	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****716	TOTAL A PAGAR: \$ *****4,484
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE SOY SEGUROS LTDA	CLAVE 7113	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
		VALOR ASEGURADO		

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000400636972

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CAD8207E0B0DFE7D57

CLIENTE

MARVILLAMIZAR 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: **400**

RAMO: **74**

Nº PÓLIZA: **994000018544**

ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LH S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.294.380-1**

ASEGURADO: **LH S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.294.380-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA DESDE EL 22/01/2021 VIGENCIA HASTA 30/06/2021.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICAN CONTINUAN VIGENTES.

CLIENTE

DATOS DE LA PÓLIZA

PAGINA: 3

IDENTIFICACION: **900.294.380-1**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	LH S.A.S.	900294380-1	CALLE 36 No. 32-8	BUCARAMANGA	3,526,480.00	3,768	4,484
					PRIMA TOTAL SIN IVA		PRIMA TOTAL CON IVA
					3,768		4,484



CERTIFICACIÓN DE PAGO

AFIANZADO : **LH SAS**
C.C ó NIT. : 900.294.380-1

BENEFICIARIO : **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
CENTRO ORIENTE E. S. E
C.C. ó NIT. : 900.294.380-1

RAMO : **POLIZA CUMPLIMIENTO Y RCE OTROSI**

PÓLIZA : 994000074095 ANEXO 1 RCE 994000018544 ANEXO 1

PRIMA : \$ 12.947

GASTOS DE EXP. : \$ 0

IVA : \$ 2.460

TOTAL : \$ 15.407

LA PRESENTE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO A LOS 23 DIAS
EL MES DE FEBRERO DE 2021.

FIRMA AUTORIZADA