

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4207943533

PÓLIZA No: 420-47-994000036865 ANEXO: 7

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGENCIA: **420** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **30** MES **04** AÑO **2021**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **30** MES **04** AÑO **2021**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.325.601-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 8 # 39-86**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **5525444**

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	10/08/2020	30/09/2021	2,867,409.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	10/08/2020	31/05/2024	1,433,704.80
CALIDAD DEL BIEN	10/08/2020	30/09/2021	2,867,409.60

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-158-2020, DE FECHA 10/08/2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO EN EL LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA, SERVICIO TRANSFUSIONAL Y TOMAS DE MUESTRA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SE ADJUNTAN CONDICIONES GENERALES.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y SEGUN OTRO SI NO. 006 DE PRORROGA AL CONTRATO DE SUMINISTRO NO. 02-BS-158-2020, SE PROCEDE CON PRORROGA QUEDANDO CON FECHA FIN DEL CONTRATO EL 31/05/2021 POR LO CUAL SE REALIZAN LOS RESPECTIVOS AJUSTES.

LAS DEMAS CONDICIONES CONTINUAN EN IGUALDAD.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****7,168,524.00	VALOR PRIMA: \$ *****6,515	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****1,238	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,752
---	--------------------------------------	---	------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO CARLOS RODRIGUEZ FORERO & CIA. LTDA	CLAVE 6006	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO 	%PART 	VALOR ASEGURADO
--	----------------------	------------------------	---	------------------	----------------------------

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.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)000000000007000420794353

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CADA20700D0EFC7F5C



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 RETENCIÓN EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA