

ORDEN DE COMPRA

Equidad compañía de seguros S.A.

12/10/2021 Tegucigalpa MDC
 Lugar y Fecha

Este número debe aparecer en todas las facturas, paquetes y correspondencia. **Nº 01058**

Estimado(s) Señor(es)
 Favor suministrarnos los artículos detallados abajo y entregarlos a:
 Para la cancelación, debe adjuntarse la presente Orden de Compra a su factura.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
	Inclusión de 3 Laptop nuevas a la póliza del equipo electrónico que tiene la Institución con la descripción siguiente: Laptop modelo Latitude 3520 core i5 4.2 GHz 8Gb de memoria ram pantalla 15.6" marca dell, las cuales están asignadas al personal	414 16
	*Jose maria Sandoval JEFE de seguimiento y cumplimiento de Ahorro y crédito	}
	*Melba Rosaura Flores JEFE de supervisión de ahorro y crédito	
	*Julio Alberto calix supervisor de otros subsectores	
	sub total	414 16
	15% I.S.V	62 12
	total	476 28

No es válida si no lleva la firma apropiada. La aceptación de esta orden es limitada a los términos aquí descritos y ninguna alteración será permitida.

PROVEEDOR

[Firma]
 JEFE ADMINISTRATIVO



TIPO DE COMPRA: ORDINARIO EXTRAORDINARIO DE EMERGENCIA

E.N.A.G. Tel.: 2230-1120, R.T.N. 08019899408325

EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Comprobante de Cobro de Prima		Original: Cliente/Copia: Obligado Tributario Emisor		No. Comprobante	000-005-01-00155786
Cliente: CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS (CONSUCCOOP)		Fecha de Emisión		11/05/2021	
RTN cliente: 05019995112994		Fecha de impresión		12/10/2021	
La Cantidad de: CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS LEMPIRAS CON 28 / 100		Prima Neta:		L.	414.16
Direccion del Contratante: COL. LOMAS DEL MAYAB, CONTIGUO A MAPFRE TEGUCIGALPA		Descuentos y Rebajas Otorgados:		L.	0.00
Por concepto de emisión de: SEGURO EQUIPO ELECTRONICO <u>según se detalla en anexo adjunto.</u>		Sub Total Exento:		L.	0.00
Ramo: EQUIPO ELECTRONICO	Producto: EQUIPO ELECTRONICO	Poliza No. SG-EE-1094-1	Endoso No.	1	
Este comprobante solamente es para el trámite de pago y no representa que Equidad Compañía de Seguros ha recibido el pago del contratante. El recibo original será extendido una vez que sea realizado el pago o bien a través de la notificación y confirmación del depósito a las cuentas de la Compañía. En caso de no pago la Compañía aplicará lo establecido en el Artículo 1133 del CODIGO DE COMERCIO		Sub Total Exonerado:		L.	0.00
Datos del adquirente Exonerado: Número Correlativo de Orden de Compra Exonerada:		Sub Total Gravado:		L.	414.16
Número Correlativo del Registro de Exonerados:		15% de ISV:		L.	62.12
Número identificativo del Registro de la Secretaría de Estado en Despacho de SAG:		Gastos de Emisión:		L.	0.00
Prima Total:				L.	476.28
Oficina Principal: Colonia Lomas del Guijarro, Residencial El Triángulo, Bl.5, Lote C, 1/2 cuadra arriba del Ministerio Público, Tegucigalpa, M. D. C. Teléfonos: (504)2239-1881 Fax: (504)2239-1867, 2239-1859 Oficina Regional: Barrio Guamilito, 2da Avenida entre 7 y 8 Calle. Tel. 2552-6139, 2552-6153, Fax: 2558-0106					
Correo Electrónico: servicioalcliente@segurosequidad.hn					

EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Comprobante de Cobro de Prima		Original: Cliente/Copia: Obligado Tributario Emisor		No. Comprobante	000-005-01-00155786
Cliente: CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS (CONSUCCOOP)		Fecha de Emisión		11/05/2021	
RTN cliente: 05019995112994		Fecha de impresión		12/10/2021	
La Cantidad de: CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS LEMPIRAS CON 28 / 100		Prima Neta:		L.	414.16
Direccion del Contratante: COL. LOMAS DEL MAYAB, CONTIGUO A MAPFRE TEGUCIGALPA		Descuentos y Rebajas Otorgados:		L.	0.00
Por concepto de emisión de: SEGURO EQUIPO ELECTRONICO <u>según se detalla en anexo adjunto.</u>		Sub Total Exento:		L.	0.00
Ramo: EQUIPO ELECTRONICO	Producto: EQUIPO ELECTRONICO	Poliza No. SG-EE-1094-1	Endoso No.	1	
Este comprobante solamente es para el trámite de pago y no representa que Equidad Compañía de Seguros ha recibido el pago del contratante. El recibo original será extendido una vez que sea realizado el pago o bien a través de la notificación y confirmación del depósito a las cuentas de la Compañía. En caso de no pago la Compañía aplicará lo establecido en el Artículo 1133 del CODIGO DE COMERCIO		Sub Total Exonerado:		L.	0.00
Datos del adquirente Exonerado: Número Correlativo de Orden de Compra Exonerada:		Sub Total Gravado:		L.	414.16
Número Correlativo del Registro de Exonerados:		15% de ISV:		L.	62.12
Número identificativo del Registro de la Secretaría de Estado en Despacho de SAG:		Gastos de Emisión:		L.	0.00
Prima Total:				L.	476.28
Oficina Principal: Colonia Lomas del Guijarro, Residencial El Triángulo, Bl.5, Lote C, 1/2 cuadra arriba del Ministerio Público, Tegucigalpa, M. D. C. Teléfonos: (504)2239-1881 Fax: (504)2239-1867, 2239-1859 Oficina Regional: Barrio Guamilito, 2da Avenida entre 7 y 8 Calle. Tel. 2552-6139, 2552-6153, Fax: 2558-0106					
Correo Electrónico: servicioalcliente@segurosequidad.hn					



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

ENDOSO "A"

**SEGURO COLECTIVO DE DAÑOS
EQUIPO ELECTRONICO**

ENDOSO "A" No. 3 - 2021

Desde: 28/09/2021

Hasta: 11/05/2022

Contratante: CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS (CONSUCOOP)

Asegurado: CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS (CONSUCOOP)

No. De Póliza: SG-EE-1094-1

A solicitud del Contratante y a partir de las fechas indicadas, se procede a aumentar la suma asegurada del o los asegurados descritos en el listado adjunto.

Detalles de Sumas Aseguradas:

Suma Asegurada Anterior
L.1,322,428.53

Suma Asegurada Actual
L.1,393,153.53

DIFERENCIA DE SUMA ASEGURADA (AUMENTO): Lps. 70,725.00

En efecto recibimos del Contratante, la prima correspondiente que detallamos al final de este endoso.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren ninguna modificación.

Los registros de este movimiento, figuran en los archivos físicos y sistema de información de Equidad Compañía de Seguros S.A.

Se extiende el presente Endoso, el martes, 12 de octubre de 2021.

PRIMA TOTAL POR COBRAR: L. 476.28

Firma Autorizada



EQUIDAD
Compañía de Seguros S.A.
UNIDAD DE DAÑOS

Fecha de Impresión: 12/10/2021

ANEXO DETALLE DE PRIMAS

REFERENCIA: Recibo No. 642815 - 3

Vigencia

N°	Poliza	Asegurado	Desde	Hasta	Prima Neta	Gastos de Emisión	Impuesto	Prima Total
1	SG-EE-1094-1	CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS (CONSUCOOP)	28/09/2021	11/05/2022	L. 414.16	L0.00	L. 62.12	L.476.28
Cantidad de Certificados 1					Totales			
					414.16	L.0.00	L. 62.12	L.476.28

Fecha de Impresión: 12/10/2021



Secretaría de Estado en el
Departamento de Finanzas

www.sefin.gub.hn

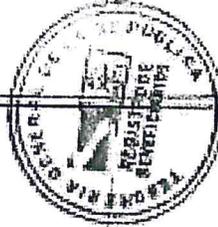
CONSTANCIA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS

08/05/2018 16:11:42

Version: 2018

File: 0032.FOC

Página: 1 de 1



Lugar: Distrito Central
Fecha Elaboración: 08/05/2018

Número de Documento: 00213930 - 002
Tipo Operación: Modificaciones
Estado: ENTREGADO

TESORERÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EQUIDAD COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. SIGLA Beneficiario:
Actividad Comercial: OPERACIONES DE SEGUROS Institución: Código:
Clase: SE SEGUROS Y FIANZAS Tipo: PROVEEDOR, CONTRATISTA O
PERSONA JURÍDICA BENEFICIARIO GENERAL

IDENTIFICACION

País: HONDURAS
Tipo de Documento: REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL
Número Documento: 08019003247455

RTN Nro:

IDOMICILIO

Dirección: EDIFICIO EQUIDAD RESIDENCIAL EL TRIANGULO MEDIA CUADRA ARRIBA DEL MINISTERIO
PÚBLICO
Fax:
Departamento: DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZAN Email: servicioalcliente@segurosequidad Teléfono: 2239-18-81
País: HONDURAS

REPRESENTANTE

Nombre: MARIELA ELIZABETH SILVA CASCO/SEGUN PODER DE ADMINISTRACION
País: HONDURAS Tipo de Documento: TARJETA DE IDENTIDAD
Número Documento: 0801-1992-03715 Poder Legal:

APODERADO

Nombre: ANDREA DEMISSE HERRERA
País: HONDURAS Tipo de Documento: TARJETA DE IDENTIDAD
Número Documento: 0801-1981-02879 Poder Legal:

CUENTAS BANCARIAS

Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Libreta CUIT
BANCO DE LOS TRABAJADORES S.A.	Cuenta Corriente	11-101-003182-3	

TERMINOS DE ADHESION

POR LA PRESENTE DECLARO QUE AUTORIZO A LA TESORERÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA A QUE DEPOSITE EN LAS CUENTAS BANCARIAS QUE YO INDIQUE LOS MONTOS QUE POR CUALQUIER CONCEPTO ME ADEUDE EL GOBIERNO, RELACIONADOS CON MIS NEGOCIOS O ACTIVIDADES CON EL MISMO, Y RECONOZCO EL PODER CANCELATORIO DE DICHOS PAGOS RESPECTO DE LAS DEUDAS RELACIONADAS ASIMISMO ME COMPROMETO A COMUNICAR FRENTEMENTE A LA TESORERÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN MIS CUENTAS BANCARIAS, DE MODO QUE SE PUEDAN EFECTUAR DICHOS PAGOS EN TODO MOMENTO.

FIRMA DEL TITULAR _____ NOMBRE _____ FECHA _____

Elaborado por: BACOSTA1 Fecha: 08/05/2018 16:00:26	Impreso por: BACOSTA1 Fecha: 08/05/2018 16:11:42	Aprobado por: KAVILA1 Fecha: 08/05/2018 16:08:17
---	---	---