



RUC. 1090083631001



INTEROCEANICA COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS, que en adelante se denominará "La Compañía", en virtud de la solicitud de seguro presentada por el interesado, en adelante "El Asegurado" y que forma parte integrante de este contrato, se obliga a indemnizar al Asegurado, por las razones previstas en este contrato, de acuerdo a las condiciones generales, aprobadas por la Superintendencia de Bancos con resolución No.SB-INS-2 001-308 de 29 de octubre del 2001 0:00:00

Table with 6 columns: #Póliza, Ramo, Código, Producto \ Código, Tipo de Documento, Documento. Rows include contract details, insured party (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS), and financial terms.

Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos:

POLIZA
DIAS VIGENCIA DEL DOCUMENTO: 236

OBJETO ASEGURADO

GARANTIZA EL FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PARA "CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE DE CAMIONETAS – ENCIET" signado con código: EC-INEC- 533762-NC-RFB"

COBERTURAS

Table with 3 columns: Coverage description, Amount, and Percentage. Includes 'CUMPLIMIENTO DE CONTRATO' with a total of 5,313.11.

ESTA PÓLIZA ES INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE COBRO INMEDIATO, SE RIGE POR LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA Y EL REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO LO DISPUESTO EN LA CODIFICACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS Y SU REGLAMENTO; ADEMÁS DE LAS CONDICIONES GENERALES PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO SECTOR PÚBLICO.

Table with 10 columns: Prima, Super Bancos, SSC No. Rete, Segu. Camp, Der. Emisión, IVA, Comp. Solid, Financiación, TOTAL A PAGAR. Includes 'Adicionales' row.

En fe de lo cual la compañía expide el presente contrato de seguro, en IBARRA el día 10 de junio de 2026 - Usuario:ViteriM

Contratante y/o Asegurado

El Afianzado o Contratista

La Compañía

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con resolución No. SB-INS-97-405 del 11 de septiembre de 1997

QUITO MATRIZ: AV. AMAZONAS N35-17 JUAN PABLO SANZ PBX:(593-2)(09) 8784-4713 Casilla:1716156 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com
PORTOVIEJO: RICAURTE Y AMERICA ESQUINA sn PBX:(593-5) (05) 2639-923 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com
MANTA: Edificio Business Center, Torre 1, piso 10 1 PBX:(593-2)(05) 2654-592 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com
IBARRA: OVIEDO 739 Y BOLIVAR. EDIFICIO MUTUALISTA IMBABURA OF. 402 PBX:(593-6)(06) 2643-653 /062642730 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com
CUENCA: REMIGIO TAMARIZ CRESPO 1-16 Y AV. FRAY VICENTE SOLANO PBX:(593-2)(07) 4078-150 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com



RUC. 1090083631001



#Póliza 00000010566-1	Ramo: CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	Código 27	Producto\ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
--------------------------	-----------------------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------

**Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos:**

ESTA POLIZA PODRA SER RENOVADA A PETICION ESCRITA DEL ASEGURADO O DEL AFIANZADO , ANTES DE SU VENCIMIENTO.

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SOBRE ESTA PÓLIZA, TERMINARA DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL ART. 45.- DEL CAPITULO NOVENO DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS.

LA MONEDA DE LA PRESENTE PÓLIZA ES: "DOLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA".

**NOTA :**

"Conocedor(a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de la aplicación del presente, tiene origen y destino lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. De igual manera declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta por lo tanto es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS , a verificar por otros medios la información proporcionada en este documento, inclusive a la verificación de mi estado crediticio por Buró de Crédito y la comprobación de esta declaración e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Eximo a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS, de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea."

"EL AFIANZADO, reconoce que cualquier declaración falsa o errónea en la solicitud del seguro, producirá la nulidad relativa del mismo. Por otra parte manifiesta su conocimiento y aceptación de las Condiciones Generales, Particulares y especiales de ésta póliza y declara no tener duda acerca del contenido de las mismas que pueda perjudicar en alguna forma la exacta comprensión de los textos.

EL AFIANZADO finalmente declara para todos los fines y efectos haber leído las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y que no tiene duda en relación a las mismas."

Queda vigente y sin variación alguna, todas las demás condiciones generales y particulares de la póliza que no hayan sido modificadas por este anexo.

**FORMA DE PAGO**

**Pago Contado: 164,92**

\_\_\_\_\_  
Contratante y/o Asegurado

\_\_\_\_\_  
El Afianzado o Contratista

\_\_\_\_\_  
La Compañía