INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO **PS-01**

RELACIÓN DE POLIZAS DE SEGURO VIGENTES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Campo** | **Número de Campo** | **ANOTAR** |
| Información (día-mes-año) | 1 | Fecha de corte de la información que se proporciona |
| Área o Departamento | 2 | Nombre del Área o Unidad Administrativa a la que corresponde la información (Presidencia, Secretaría General, Vocalía, Jefatura de Unidad o Departamento) |
| Número de Póliza | 3 | Corresponde al número de póliza asignado por la Compañía de Seguros que la expidió |
| Compañía Aseguradora | 4 | Es el nombre de la empresa o compañía de seguros con la que se tiene contratada la póliza |
| Tipo de Seguro | 5 | Corresponde al tipo de póliza que se contrató, ejemplo: Daños, Vida, Gastos Médicos, Accidentes, automóviles, etc. |
| Cobertura del Seguro | 6 | Corresponde a lo que se cubre con la póliza, Ejemplo: Personas, Equipos, Inmuebles, etc. |
| Vigencia: Del | 7 | Corresponde a la fecha de inicio de la póliza, a partir de cuándo |
| Vigencia: Al | 8 | Corresponde a la fecha de terminación de la póliza, es decir, hasta cuando termina su vigencia |
| Fecha de Elaboración | 9 | La fecha en la que requisitó el formato, no necesariamente debe ser la misma fecha de la información |
| Responsable del llenado  del formato | 10 | Nombre, cargo y firma de la persona que llenó el formato |
| Supervisó el llenado  del formato | 11 | Nombre, cargo y firma de la persona que supervisó el llenado del formato |
| Autorizó | 12 | Nombre, cargo y firma del Titular del Área, Unidad Administrativa (quién entrega) |
| Hoja Número | 13 | Número total de hojas que contiene el formato (ejemplo 1/5) |

El presente Instructivo es únicamente informativo, no es parte del Formato PS-01, por lo tanto, no debe incluirse en el contenido de este.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de  Póliza | Compañía  Aseguradora | Tipo de Seguro | Cobertura del Seguro | Vigencia | |
| Del | Al |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |