

No. PÓLIZA	BO-100042294	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28277421	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	02/07/2021	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA		
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 02/07/2021	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 31/12/2024	DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A
						VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A
TOMADOR	CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA RIODENT S.A.S.					No. DOC. IDENTIDAD	900465348
DIRECCIÓN	CALLE 7 N 3 - 40					TELÉFONO	3008348461
ASEGURADO	MINDEFENSA NAL DIRECCION DE SANIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASE 02					No. DOC. IDENTIDAD	8300396705
DIRECCIÓN	CL 69 78-00 ESM BAS 02					TELÉFONO	3022406974
BENEFICIARIO	MINDEFENSA NAL DIRECCION DE SANIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASE 02					No. DOC. IDENTIDAD	8300396705
DIRECCIÓN	CL 69 78-00 ESM BAS 02					TELÉFONO	3022406974

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N°224 DIGSA ESM 02 2021, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 02 BARRANQUILLA, Y SUS UNIDADES SATÉLITES BESM-GNROM Y ESM-BICOR PARA LA VIGENCIA 2021.-
LA COMPAÑÍA DE SEGUROS RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.-

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 02/07/2021	24:00: Horas Del 30/06/2022	2.500.000	7.459
PRESTACIONES SOCIALES	00:00: Horas Del 02/07/2021	24:00: Horas Del 31/12/2024	1.250.000	13.130
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00: Horas Del 02/07/2021	24:00: Horas Del 30/06/2022	2.500.000	7.459
TOTAL ASEGURADO			\$ 6.250.000	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ALEJANDRO MANUEL GAR	AGENTES	100.00

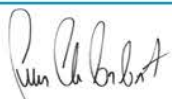
DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 02/07/2021
-------------------------	---

PRIMA BRUTA	\$ 28.048
DESCUENTOS	\$ 0
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 28.048
GASTOS EXP.	\$ 5.000
IVA	\$ 6.279
TOTAL A PAGAR	\$ 39.327

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).
PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO
EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANICIPIADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR


Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**


Cumplimos los sueños de nuestro planeta reclinando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

28277421

Fecha de Facturación	02/07/2021	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	BQ-100042294	
Periodo Facturado	02/07/2021	31/12/2024

Fecha Límite de Pago	16/08/2021	
Prima (incluye gastos de expedición)	33.048,00	
IVA	6.279,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		39.327,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA RIODENT S.A.S	
CALLE 7 N 3 - 40	900465348	
Intermediario	ALEJANDRO MANUEL GAR	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **16/08/2021** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

28277421

Fecha de Facturación	02/07/2021	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	BQ-100042294	
Periodo Facturado	02/07/2021	31/12/2024

Fecha Límite de Pago	16/08/2021	
Prima (incluye gastos de expedición)	33.048,00	
IVA	6.279,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		39.327,00

EFECTIVO

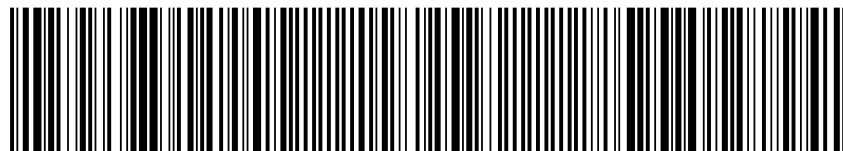
\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA RIODENT S.A.S	
CALLE 7 N 3 - 40	900465348	
Intermediario	ALEJANDRO MANUEL GAR	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000028277421(3900)000000039327(96)20210816

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028277421(3900)000000039327(96)20210816

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES








OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre