



|                                                               |  |                            |                                   |                              |
|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN<br>MEDELLIN, 22 DE JULIO DE 2024 |  | PÓLIZA NÚMERO<br>0971602-1 | REFERENCIA DE PAGO<br>01314014615 |                              |
| INTERMEDIARIO<br>GRUPO SAMPEDRO LTDA                          |  | CODIGO<br>19556            | OFICINA<br>4036                   | DOCUMENTO NUMERO<br>14014615 |

|                                                                           |  |                    |                           |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| TOMADOR<br>SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S                                    |  |                    | NIT<br>8110311447         |                                            |
| ASEGURADO<br>SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S                                  |  |                    | NIT<br>8110311447         |                                            |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                        |  |                    |                           |                                            |
| DIRECCIÓN DE COBRO<br>CL 33 # 74 E 114                                    |  | CIUDAD<br>MEDELLIN | TELÉFONO<br>4144930       |                                            |
| DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO<br>CL 51 # 57 70                           |  | CIUDAD<br>MEDELLIN | DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | DESCRIPCIÓN DEL SECTOR<br>SECTOR SERVICIOS |
| ACTIVIDAD<br>HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES |  |                    |                           | CODIGO ACTIVIDAD<br>9 - 153                |
| DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO                                          |  |                    |                           | RIESGO No<br>1                             |

|                                |                |                 |                   |         |        |             |
|--------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|---------|--------|-------------|
| COBERTURAS DE LA PÓLIZA        |                |                 |                   |         |        |             |
| COBERTURA                      | VLR. ASEGURADO | VLR. MOVIMIENTO | % ÍNDICE VARIABLE | PRIMA   | I.V.A  | PRIMA + IVA |
| * BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL | 260.000.000,00 | 260.000.000,00  | 0                 | 309.863 | 58.874 | 368.737     |

|                                                                |  |                    |                    |                 |                            |
|----------------------------------------------------------------|--|--------------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| VIGENCIA DEL MOVIMIENTO<br>DESDE 23-JUL-2024 HASTA 15-DIC-2024 |  | NÚMERO DÍAS<br>145 | PRIMA<br>\$309.863 | IVA<br>\$58.874 | TOTAL A PAGAR<br>\$368.737 |
|----------------------------------------------------------------|--|--------------------|--------------------|-----------------|----------------------------|

VALOR A PAGAR EN LETRAS  
TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

|                                                            |  |                                 |                                     |                                 |                                           |
|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| VIGENCIA DEL SEGURO<br>DESDE 23-JUL-2024 HASTA 15-DIC-2024 |  | NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES<br>1 | VALOR ASEGURADO<br>\$260.000.000,00 | VALOR INDICE VARIABLE<br>\$0,00 | TOTAL VALOR ASEGURADO<br>\$260.000.000,00 |
|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|

DOCUMENTO DE:  
POLIZA NUEVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA  
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".  
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-040 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

|                          |                 |                     |                   |                          |                           |
|--------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|
| 101 - NEGOCIOS ESTATALES |                 |                     |                   |                          |                           |
| RAMO<br>013              | PRODUCTO<br>AG5 | OFICINA<br>4036     | USUARIO<br>CUM001 | OPERACIÓN<br>01          | MONEDA<br>PESO COLOMBIANO |
| COASEGURO<br>DIRECTO     |                 | NÚMERO PÓLIZA LÍDER |                   | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |                           |

| PARTICIPACIÓN DE ASESORES |                     |                                |           |                |         |
|---------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------|----------------|---------|
| CÓDIGO                    | NOMBRE DEL ASESOR   | COMPAÑÍA                       | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA   |
| 19556                     | GRUPO SAMPEDRO LTDA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA | AGENCIAS  | 100,00         | 309.863 |

|                                                        |                                        |                        |                             |                                                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|
| FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA<br>01 - 06 - 2009 | TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD<br>13 - 18 | TIPO DE DOCUMENTO<br>P | RAMO AL CUAL PERTENECE<br>6 | IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA<br>F-01-13-040 |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POLIZA DE CUMPLIMIENTO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |                 |                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-----------------|-----------------------------------|--|
| CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN<br>MEDELLIN, 22 DE JULIO DE 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | PÓLIZA NÚMERO<br>0971602-1 |                 | REFERENCIA DE PAGO<br>01314014615 |  |
| INTERMEDIARIO<br>GRUPO SAMPEDRO LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | CÓDIGO<br>19556            | OFICINA<br>4036 | DOCUMENTO NÚMERO<br>14014615      |  |
| TOMADOR<br>SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |                 | NIT<br>8110311447                 |  |
| ASEGURADO<br>SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                            |                 | NIT<br>8110311447                 |  |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                            |                 |                                   |  |
| DIRECCIÓN DE COBRO<br>CL 33 # 74 E 114                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CIUDAD<br>MEDELLIN         |                 | TELÉFONO<br>4144930               |  |
| TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                            |                 |                                   |  |
| 012003971856. NO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.6535196 DE JULIO 2024.<br>LA PRESENTE POLIZA CUENTA CON UNA COBERTURA DE 260,000,000 PARA CUBRIR LOS<br>PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO TANTO EN LA MODALIDAD DE DAÑO EMERGENTE, COMO<br>EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE; AL IGUAL QUE LA DE PERJUICIOS<br>EXTRAPATRIMONIALES.<br>NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.6535196 DE JULIO 2024.<br>OBJETO: 5_9401_832 PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD<br>PARA LOS APRENDICES DEL ÁREA ASISTENCIAL Y DEMÁS QUE REQUIERAN REALIZAR<br>PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y DEMÁS CAMPOS DE PRÁCTICA<br>¿BENEFICIARIO ADICIONAL: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA NIT.<br>899.999.034¿1 |  |                            |                 |                                   |  |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA