

NIT 860.037.013-6  
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: DD2RXJFUJxEwNON5xz6TVQ==

|                                |                            |                                |                            |                 |               |            |  |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------|------------|--|
| No. PÓLIZA                     | NV-100016558               | No. ANEXO                      | 20                         | No. CERTIFICADO | 34296151      | No. RIESGO |  |
| TIPO DE DOCUMENTO              |                            | FECHA DE EXPEDICIÓN            | 09/09/2024                 | SUC. EXPEDIDORA | AGENCIA NEIVA |            |  |
| VIGENCIA DESDE                 | 00:00 Horas Del 13/04/2023 | VIGENCIA HASTA                 | 24:00 Horas Del 06/03/2025 | DÍAS            |               |            |  |
| VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | N/A                        | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | N/A                        |                 |               |            |  |
| TOMADOR                        | MEDICAL GROUP ANMA SAS     | No. DOC. IDENTIDAD             | 900.923.685-0              |                 |               |            |  |
| DIRECCIÓN                      | CALLE 8 26-27              | TELÉFONO                       | 3153425055                 |                 |               |            |  |
| ASEGURADO                      | MEDICAL GROUP ANMA SAS     | No. DOC. IDENTIDAD             | 900.923.685-0              |                 |               |            |  |
| DIRECCIÓN                      | CALLE 8 26-27              | TELÉFONO                       | 3153425055                 |                 |               |            |  |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS         | No. DOC. IDENTIDAD             |                            |                 |               |            |  |
| DIRECCIÓN                      | .                          | TELÉFONO                       |                            |                 |               |            |  |

#### OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y EN VIRTUD DE LA PRORROGA N°17 CON FECHA DEL 03 DE SEPTIEMBRE DEL 2024, SE PRORROGA LA VIGENCIA DEL CONTRATO 2 MESES HASTA EL 06 DE NOVIEMBRE DEL 2024.  
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS IMPUTABLE AL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO. 4635-2023 , CUYO OBJETO ES

CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, QUE SE REQUIEREN PARA LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E , - ASEGURADO ADICIONAL: SE TENDRÁ A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. COMO ASEGURADO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO SE LIMITE A LAS INDEMNIZACIONES QUE SE VEA OBLIGADO A PAGAR EN FAVOR DE TERCEROS POR LOS DAÑOS CAUSADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL CONTRATISTA MEDICAL GROUP ANMA SAS, EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

| NOMBRE DEL AMPARO                              | LIMITE POR EVENTO | LIMITE POR VIGENCIA | SUMA ASEGURADA\$ | VALOR PRIMAS\$ |
|------------------------------------------------|-------------------|---------------------|------------------|----------------|
| AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 493.013,00        | 3.546.026,00        | 3.546.025,80     | 10.000,00      |
| PATRONAL                                       | 295.807,00        | 1.773.013,00        | 1.773.012,90     | 0,00           |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS                 | 295.807,00        | 1.773.013,00        | 1.773.012,90     | 0,00           |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS                 | 295.807,00        | 1.773.013,00        | 1.773.012,90     | 0,00           |
|                                                |                   |                     |                  |                |
|                                                |                   |                     |                  |                |
|                                                |                   |                     |                  |                |
| TOTAL ASEGURADO                                |                   |                     | \$ 3.546.025,80  |                |

| INTERMEDIARIOS               | TIPO     | % PARTICIPACIÓN |
|------------------------------|----------|-----------------|
| AGENCIA DE SEGUROS ASAS LTDA | AGENCIAS | 100,00          |

|               |              |
|---------------|--------------|
| PRIMA BRUTA   | \$ 10.000,00 |
| DESCUENTOS    | \$           |
| EXTRA PRIMA   |              |
| PRIMA NETA    | \$ 10.000,00 |
| GASTOS EXP.   | \$ 0,00      |
| IVA           | \$ 1.900,00  |
| TOTAL A PAGAR | \$ 11.900,00 |

| DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                |              |               |                 |
|------------------------|----------------|--------------|---------------|-----------------|
| COMPAÑIA               | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|                        |                |              |               |                 |
|                        |                |              |               |                 |

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 09/09/2024

#### 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).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL-SEGUROS.COM.CO. DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LINEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

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 COMPAÑIA 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 PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.  
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO  
C.C. 52.646.070

TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:

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



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.  
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

|                   |                |                     |                                |                                |               |            |     |
|-------------------|----------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------|------------|-----|
| No. PÓLIZA        | NV-100016558   | No. ANEXO           | 20                             | No. CERTIFICADO                | 34296151      | No. RIESGO |     |
| TIPO DE DOCUMENTO |                | FECHA DE EXPEDICIÓN | 09/09/2024                     | SUC. EXPEDIDORA                | AGENCIA NEIVA |            |     |
| VIGENCIA DESDE    | VIGENCIA HASTA | DÍAS                | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA |               |            |     |
| 00:00 Horas Del   | 13/04/2023     | 24:00 Horas Del     | 06/03/2025                     | N/A                            | N/A           | N/A        | N/A |

**CONDICIONES PARTICULARES**

DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. BENEFICIARIO ADICIONAL : ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. COMO BENEFICIARIO SI, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE SER CONSIDERADO COMO UN TERCERO. EN ESTE SENTIDO, SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

Página web: [www.segurosmundial.com.co](http://www.segurosmundial.com.co)

Correo electrónico: [mundial@segurosmundial.com.co](mailto:mundial@segurosmundial.com.co)

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"



- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

34296151

|                                                                                     |              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Fecha de Facturación                                                                | 09/09/2024   |            |
| ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL |              |            |
| Póliza No.                                                                          | NV-100016558 |            |
| Periodo Facturado                                                                   | 13/04/2023   | 06/03/2025 |

|                                      |            |  |
|--------------------------------------|------------|--|
| Fecha Límite de Pago                 | 09/10/2024 |  |
| Prima (incluye gastos de expedición) | 10.000,00  |  |
| IVA                                  | 1.900,00   |  |
| VALOR TOTAL A PAGAR \$               | 11.900,00  |  |

EFECTIVO

\$

## Datos del Cliente

|                       |                              |  |
|-----------------------|------------------------------|--|
| Nombre / Razón Social | MEDICAL GROUP ANMA SAS       |  |
| CALLE 8 26-27         | 900923685                    |  |
| Intermediario         | AGENCIA DE SEGUROS ASAS LTDA |  |

## 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 **09/10/2024** se aplicará la cláusula 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 **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctamente 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.segurosmundial.com.co](http://www.segurosmundial.com.co) en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

34296151

|                                                                                     |              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Fecha de Facturación                                                                | 09/09/2024   |            |
| ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL |              |            |
| Póliza No.                                                                          | NV-100016558 |            |
| Periodo Facturado                                                                   | 13/04/2023   | 06/03/2025 |

|                                      |            |  |
|--------------------------------------|------------|--|
| Fecha Límite de Pago                 | 09/10/2024 |  |
| Prima (incluye gastos de expedición) | 10.000,00  |  |
| IVA                                  | 1.900,00   |  |
| VALOR TOTAL A PAGAR \$               | 11.900,00  |  |

EFECTIVO

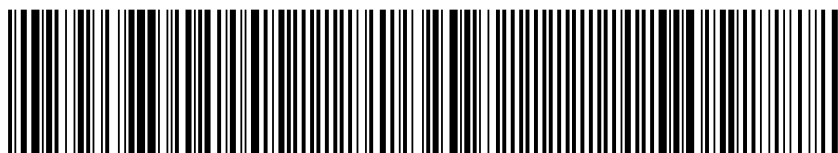
\$

## Datos del Cliente

|                       |                              |  |
|-----------------------|------------------------------|--|
| Nombre / Razón Social | MEDICAL GROUP ANMA SAS       |  |
| CALLE 8 26-27         | 900923685                    |  |
| Intermediario         | AGENCIA DE SEGUROS ASAS LTDA |  |

## Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|-------|-----------|-----------|--------------|
|       |           |           |              |
| TOTAL |           |           |              |

Corresponsales  
OPCIÓN 1

(415)7709998434219(8020)00000034296151(3900)000000011900(96)20241009

Bancos  
Corresponsales  
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990034296151(3900)000000011900(96)20241009

**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**

, septiembre 09, 2024  
MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.  
CL 67 8 12 OF 402  
TEL: +57 3 1 3 4 9 5 5 7 6 1  
DOC: 900923685-0

Agencia de Seguros ASAS  
LTDA  
Calle 12 No. 5-07 Of 202A  
8741566, 8667484 -  
3004815372, 3208768544  
- Colombia  
NIT: 900766661-0



CONCEPTO: RECIBO #: 562

| Póliza                                              | Ramo           | Aseguradora | Valor recibido |
|-----------------------------------------------------|----------------|-------------|----------------|
| 100016558, Riesgo:CONTRATO N 4635 2023<br>Anexo: 20 | REC            | MUNDIAL     | 11,900,00      |
| Total Recibido:                                     |                |             | 11,900,00      |
| Transferencia 11,900,00                             |                |             |                |
| Medio de pago                                       | Firma recibido |             |                |

.....