

No. PÓLIZA		C-100075069		No. ANEXO		1		No. CERTIFICADO		10323669		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		09/10/2024		SUC. EXPEDIDORA		CALI	
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE			VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA				
00:00 Horas Del		06/05/2024		24:00 Horas Del		05/12/2027		N/A		N/A		N/A		N/A	

TOMADOR	CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A.	No. DOC. IDENTIDAD	890.320.032-8
DIRECCIÓN	CARRERA 47 # 8 C-94	TELÉFONO	552089005
ASEGURADO	EL MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD	No. DOC. IDENTIDAD	901.541.188-5
DIRECCIÓN	CALLE 5 NO 83 -00	TELÉFONO	3154016437
BENEFICIARIO	EL MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD	No. DOC. IDENTIDAD	901.541.188-5
DIRECCIÓN	CALLE 5 NO 83 -00	TELÉFONO	3154016437

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y TENIENDO EN CUENTA OTROSI MODIFICATORIO ADICIONAL NO.1 FECHADO EL 30/09/2024 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LOS AMPAROS CONTRATADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

TODOS LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES DE LA POLIZA Y NO MODIFICADOS BAJO EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN VIGENTES.

EL OBJETO ES:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA ACEPTACIÓN DE OFERTA N.º 306-DIGSA/DMCAL-2024 - SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N.º 304 DIGSA/DMCAL-2024, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA ADULTOS Y NIÑOS, PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y CONCEPTOS AFINES CON LA

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 30/09/2024	24:00 Horas Del 05/04/2025	10.500.000,00	16.667,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 30/09/2024	24:00 Horas Del 05/04/2025	10.500.000,00	16.667,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 30/09/2024	24:00 Horas Del 05/12/2027	5.250.000,00	16.666,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 26.250.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
DELIMA MARSH SA	CORREDOR	100,00

PRIMA BRUTA	\$
	50.000,00
DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN
CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 09/10/2024			

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 50.000,00
GASTOS EXP.	\$ 0,00
IVA	\$ 9.500,00
TOTAL A PAGAR	\$ 59.500,00

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.MUNDIALSEGUROS.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 LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VENCIDA Y DE LOS VASTOS CRUCADOS 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 COMPAÑÍA 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

Angela Barona M.
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	C-100075069	No. ANEXO	1	No. CERTIFICADO	10323669	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	09/10/2024	SUC. EXPEDIDORA	CALI		
VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del	06/05/2024	24:00 Horas Del	05/12/2027	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

ESPECIALIDAD A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES - GRUPO 2 PALMIRA.

NOTAS:

- LA PRESENTE POLIZA GARANTIZA ADEMÁS EL PAGO DE MULTAS Y CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA.
- LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS RENUNCIA EXPRESAMENTE AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN

ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO: EL MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO DE CALI con NIT.901.541.188-5

"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.coCorreo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co

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

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **C-100075069** y endoso, **1** cuyo afianzado es:
CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. Asegurado o Beneficiario: **EL MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCION
GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DIS / EL MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCION
GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DIS**, expedida por la Compañía en **09/10/2024**,
no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan
con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CALI a los **09** días del mes **OCTUBRE** del año **2024**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

10323669

Fecha de Facturación

09/10/2024

Fecha Límite de Pago

08/11/2024

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A.
CARRERA 47 # 8 C-94	890320032
Intermediario	DELIMA MARSH SA

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) ÚNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el 08/11/2024 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.segurosmondial.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.

10323669

Fecha de Facturación

09/10/2024

Fecha Límite de Pago

08/11/2024

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A.
CARRERA 47 # 8 C-94	890320032
Intermediario	DELIMA MARSH SA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000010323669(3900)000000059500(96)20241108

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990010323669(3900)000000059500(96)20241108

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