

DATOS DE ENVÍO

NOMBRE: JUAN PABLO BEJARANO CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS
DIRECCIÓN:
CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.-BOGOTÁ



DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EXEL MEDICAL SAS
IDENTIFICACIÓN: NT 900127147
TELÉFONO: 7451529
DIRECCIÓN:
CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1500119235301
Certificado: 2 N° 003
Fecha de Expedición: 19/12/2024

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE 09/08/2024 Día Mes Año A las 00 Horas	HASTA 31/05/2025 Día Mes Año A las 24 Horas
	VIGENCIA DEL CERTIFICADO	DESDE 31/03/2025 Día Mes Año A las 00 Horas
		HASTA 31/05/2025 Día Mes Año A las 24 Horas

OBSERVACIONES: Se Prorroga La Vigencia Segun Otrosi N. 2.CERTIFICADO DE MODIFICACION

ASEGURADOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO ASEGURADO
EXEL MEDICAL SAS	900127147	NT	ASEGURADO PRINCIPAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	900971006	NT	ASEGURADO ADICIONAL

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS			

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART
JUAN PABLO BEJARANO CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS	4660513	100%

DATOS DE LA PÓLIZA

RESPONSABILIDAD CIVIL	
Póliza de cumplimiento Asociada	No Registra
Ciudad de Expedición	BOGOTÁ D.C.
Localidad de Radicación	AVENIDA CHILE
Dirección de predio asegurado	DIRECCION RIESGO 1



AMPAROS

COBERTURA	LÍMITE COBERTURA	DEDUCIBLE VALOR A CARGO DEL ASEGURADO	
		VALOR PORCENTUAL PÉRDIDA	VALOR MÍNIMO
222 PREDIOS LABOR.Y OPERACIO	3,000,000	10 %	2 COP
224 PATRONAL PERSONA	900,000	10 %	2 COP
225 PATRONAL VIGENCIA	1,800,000	10 %	2 COP
226 CONTRATISTA Y SUBCONTRAT	3,000,000	10 %	2 COP
227 GASTOS MEDICOS PERSONA	150,000		
228 GASTOS MEDICOS VIGENCIA	300,000		
PRIMA TOTAL			\$27,125

Código de Clausulado que aplica: 07/03/2022-1327-P-06-RC-0000000000017-D001 Consulte este clausulado y la documentación necesaria para presentar una reclamación en la página www.segurosbolivar.com

(*) COP: Pesos Colombianos; USD: Dólares Americanos; SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

Fernando Rincón



MEDIOS DE PAGO

- Caja de la compañía

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$27,125
IVA PRIMA:	\$5,154

TOTAL A PAGAR: **\$32,279**

PERIODICIDAD DE PAGO: ANUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA: **\$32,279**

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando **#322**, para Bogotá **3122122** y para fuera de Bogotá **018000 123 322**.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

EN CASO DE SINIESTRO: Para el aviso de siniestro se dispone del correo electrónico: indemnizacionessegurosgenerales@segurosbolivar.com; o puede comunicarse con la RED 322 opción 1 opción 5, desde un celular al #322 o desde un fijo al 018000123322.



NOTA IMPORTANTE

La mora en el 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.

Firma Representante Legal

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

RIESGO 1

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Identificación:

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1500119235301
Certificado: 2 N°: 003
Fecha de Expedición: 12/08/2024

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EXEL MEDICAL SAS

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$27,125
IVA PRIMA:	\$5,154
TOTAL A PAGAR	\$32,279

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR



MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629809796956003.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

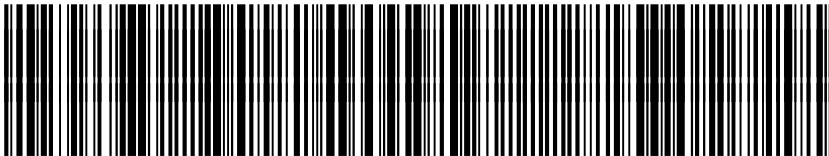
Firma Representante Legal

Página 1 de 1

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **\$32,279**

PARA PAGO EN BANCOS



(415)7709998010260(8020)0629809796956003(3900)000000032279(96)20250515

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda:1044189

Bancolombia:64912

Banco de Occidente:18659

Grupo Éxito:4382

REFERENCIA 0629809796956003

Póliza N°: 1500119235301

Valor efectivo:

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Copia CLIENTE