

No. PÓLIZA	CG-1014224	No. ANEXO	1	No. CERTIFICADO	40217719	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	30/01/2025	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA		
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 22/11/2024	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 30/03/2025	DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A
						VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A

TOMADOR	UT SUBRED CANAPOTE 2024	No. DOC. IDENTIDAD	901.889.521-1
DIRECCIÓN	URB BARU MZ F LT 7	TELÉFONO	3042035864
ASEGURADO	UT SUBRED CANAPOTE 2024	No. DOC. IDENTIDAD	901.889.521-1
DIRECCIÓN	URB BARU MZ F LT 7	TELÉFONO	3042035864
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	

OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES ACTAS DEL CONTRATO NO. 561-24 ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.561-24, FIRMADA EL 26 DE NOVIEMBRE DE 2024 CON FECHA DE TERMINACION 31 DE DICIEMBRE DE 2024 MODIFICATORIO NO.1 AL CONTRATO NO.561-24, FIRMADO 09/12/2024 DONDE SE MODIFICA LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL SUSPENSION DEL CONTRATO DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2024 REINICIO DEL CONTRATO DEL 28 DE ENERO DE 2025 MODIFICATORIO NO.2 AL CONTRATO NO.561-24, FIRMADO EL 30/01/2025 DONDE SE PRORROGA PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO HASTA 30 DE MARZO DE 2025.
SE AJUSTA VALOR ASEGURADO DE ACUERDO AL SMMLV 2025
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS IMPUTABLE AL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO.561-24 , CUYO OBJETO ES

NOMBRE DEL AMPARO	LIMITE POR EVENTO	LIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	284.700.000,00	284.700.000,00	284.700.000,00	215.365,00
PATRONAL	284.700.000,00	284.700.000,00	284.700.000,00	0,00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	284.700.000,00	284.700.000,00	284.700.000,00	0,00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	284.700.000,00	284.700.000,00	284.700.000,00	0,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 284.700.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$ 215.365,00
HBL SEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00	DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO					EXTRA PRIMA	
COMPañía	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN	PRIMA NETA	\$ 215.365,00
					GASTOS EXP.	\$ 0,00
					IVA	\$ 40.919,00
					TOTAL A PAGAR	\$ 256.284,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 30/01/2025
------------------	---

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](https://www.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 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 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 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

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	CG-1014224	No. ANEXO	1	No. CERTIFICADO	40217719	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	30/01/2025	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA		
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	22/11/2024	24:00 Horas Del	30/03/2025	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO, PREDICTIVO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DE LAS INSTALACIONES DE TODOS LOS CENTROS, PUNTOS O PUESTOS DE SALUD DE LA SUBRED CANAPOTE DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE, CON EJECUCIÓN DE TRACTO SUCESIVO.

EL TOMADOR AFIANZADO DE LA PRESENTE PÓLIZA ES:

INTEGRANTE 1 - NIT: 901057471 (PART. 11,0 %)

INTEGRANTE 2 - NIT: 901123141 (PART. 89,0 %)

QUIENES CONFORMAN EL (UT SUBRED CANAPOTE 2024) , - ASEGURADO ADICIONAL: SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS 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 UT SUBRED CANAPOTE 2024, EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS BENEFICIARIO ADICIONAL : ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS 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

DEDUCIBLES:

AMPARO

DEDUCIBLES

AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV

PATRONAL 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV

CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV

VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS 10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV

"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

Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co

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

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

40217719

Fecha de Facturación

30/01/2025

Fecha Límite de Pago

01/03/2025

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

UT SUBRED CANAPOTE 2024

URB BARU MZ F LT 7

901889521

Intermediario

HBL SEGUROS 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) ÚNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el 01/03/2025 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 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.

40217719

Fecha de Facturación

30/01/2025

Fecha Límite de Pago

01/03/2025

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

UT SUBRED CANAPOTE 2024

URB BARU MZ F LT 7

901889521

Intermediario

HBL SEGUROS LTDA

Cheque

Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Corresponsales
OPCIÓN 1

(415)7709998434219(8020)00000040217719(3900)000000256284(96)20250301

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990040217719(3900)000000256284(96)20250301

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