INICIACION
ORIGINAL

VIDA GRUPO
CUENTA DE COBRO
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1430-P-34-000VTE56819FEB23-D00I PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86101	5940423900112	45992	5	CORREDORES BTA III	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.

TOMADOR	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSI	**CIUDAD**	BOGOTA D.C.	**NIT / C.C.**	8001508611
DIRECCION	CL 7A # 12A-51	**TELEFONO**	2868119	**CORREO ELECTRONICO**	PMENDEZ@MEDICINALEGAL.G
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO				

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION		
DIA	MES	AÑO
24	04	2025

VIGENCIA POLIZA	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	02	08	2023	1.859
TERMINACION	00:00	03	09	2028	

VIGENCIA CERTIFICADO	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	03	09	2028	0
TERMINACION	00:00	03	09	2028	

CONDICIONES PARTICULARES

A. SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES

OTRAS CONDICIONES APLICABLES

* SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES

* LA SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA MATRIZ DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, LAS SOLICITUDES SUSCRITAS POR LOS GRUPOS ASEGURADOS, ASI COMO CUALQUIER DOCUMENTO ANEXO HARAN PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.

* LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION A LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

* LAS COBERTURAS ASI COMO LAS SUMAS ASEGURADAS SERAN REGISTRADAS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA RIESGO.

* SE ADJUNTA RELACION DE ASEGURADOS EN EL PERIODO

* LA COMPAÑÍA NO ESTÁ EN LA OBLIGACION DE PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS MÉDICOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑÍA POR SUPERAR LOS LÍMITES DE EDAD O SUMA ASEGURADA, O CUANDO DECLARE TENER ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DE LA PÓLIZA, AUN CUANDO EL TOMADOR HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

* CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, SE ENTENDERÁ QUE A PARTIR DE ESE MOMENTO NO SE ENCUENTRA ASEGURADO PARA DICHO AMPARO, MANTENIÉNDOSE LA POLIZA VIGENTE PARA LOS DEMÁS EN LOS CUALES EL ASEGURADO CUMPLA LAS CONDICIONES PARA HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
DELMA MARSH CORREDORES DE SEGUROS	CORREDOR	132	6083100	55,00
AON RISK SERVICES COLOMBIA S A	CORREDOR	263	6237520	25,00
WILLIS TOWERS WATSON CORREDORES DE SEGUROS	CORREDOR	3000	5113344	20

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	IMPUESTOS A LAS VENTAS	TOTAL PRIMA	TOTAL A PAGAR
97,844,975	0	0	97,844,975	97,844,975

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03 AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Vo. Bo

TOMADOR

NIT. 830.054.904-6 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

01022023-1430-P-34-000VTE56819FEB23-D00I

Tomador	Fec. Límite Pago	Referencia Pago	Valor	No. Cuenta
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CI	24/05/2025	063010867114	97,844,975	5

Forma de Pago			
Cod. Banco	No. Cta. Cheque	No. Cheque	Valor
Efectivo			

MAPFRE | COLOMBIA

Los bancos dónde pueden realizar los pagos son: Davivienda, BBVA, Banco de Occidente y Bancolombia.

INICIACION
ORIGINAL

VIDA GRUPO
CUENTA DE COBRO
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1430-P-34-000VTE56819FEB23-D00I PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86101	5940423900112	45992	5	CORREDORES BTA III	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.

TOMADOR	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSI	**CIUDAD**	BOGOTA D.C.	**NIT / C.C.**	8001508611
DIRECCION	CL 7A # 12A-51	**TELEFONO**	2868119	**CORREO ELECTRONICO**	PMENDEZ@MEDICINALEGAL.G
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO				

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION

DIA	MES	AÑO
24	04	2025

VIGENCIA POLIZA

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	02	08	2023	1.859
TERMINACION	00:00	03	09	2028	

VIGENCIA CERTIFICADO

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	03	09	2028	0
TERMINACION	00:00	03	09	2028	

WWW.MAPFRE.COM.CO.

(415)7707199806019(8020)063010867114(3900)0097844975(96)20250524

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB WWW.MAPFRE.COM.CO.

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB PRODUCTOS Y SERVICIOS

EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA DETERMINAR EL MONTO DE LAS PRIMAS A PAGAR POR PARTE DEL TOMADOR, SERA LA FACTURA EMITIDA DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

Vo. Bo.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

VIDA GRUPO

RELACION DE ASEGURADOS

SOPORTE A LA FACTURA
No. 5

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA GRUPO	CIUDAD	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE
861 / 86101	5940423900112	BOGOTA D.C.	CORREDORES BTA III	Avenida Carrera 70 No 99 - 72

TOMADOR	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENS	CIUDAD		NIT / C.C.	8001508611
DIRECCION	CL 7A # 12A-51	BOGOTA D.C.		TELEFONO	2868119
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO				

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

PERIODO FACTURACION	HORA	DIA	MES	AÑO	FECHA FACTURACION	DIA	MES	AÑO	PERIODICIDAD DE PAGO
INICIACION	00:00	03	09	2028		24	04	2025	PAGO ANUAL
TERMINACION	00:00	03	09	2028					

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	TIPO COASEGURO
DELMA MARSH CORREDORES DE SEGUROS	CORREDOR	132	6083100	DIRECTO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S A	CORREDOR	263	6237520	
WILLIS TOWERS WATSON CORREDORES DE SEGUROS	CORREDOR	3000	5113344	

DETALLE MOVIMIENTOS

RELACION DE ASEGURADOS PRINCIPALES

IDENTIFICACION	NOMBRE DEL ASEGURADO	POLIZA INDIVIDUAL	FEC DESDE	FEC HASTA	ENDOSO/CUOTA	SUMA ASEG	PRIMA	IMPUESTOS	VALOR DEUDA
NT -8001508611	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA	2201425000475 / NA	01/01/2025	31/12/2025	99 / 99	1,291,968,600,000	97,844,975	0	97,844,975
VALORES POR EL PERIODO FACTURADO							$ 97,844,975	$ 0	$ 97,844,975

NUMERO TOTAL DE POLIZAS INDIVIDUALES 1

INCLUSION DE 139 FUNCIONARIOS EN LA PÓLIZA VIGENCIA 01-01-2025 AL 31-12-2025

XX-EMISION, AT-ANULACION/CANCELACION, RE-REHABILITACION, RF-RENOVACION DE POLIZA, AD-AUMENTO SUMA ASEGURADA, AP-ANULADO PARCIAL, SM-NOMINATIVO

* póliza con Sobre / extraprima.

Vo. Bo.