

|                   |                                                     |                |                            |                     |            |                                |               |
|-------------------|-----------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------|------------|--------------------------------|---------------|
| No. PÓLIZA        | NB-100354873                                        | No. ANEXO      | 5                          | No. CERTIFICADO     | 72408995   | No. RIESGO                     |               |
| TIPO DE DOCUMENTO |                                                     |                |                            | FECHA DE EXPEDICIÓN | 15/05/2025 | SUC. EXPEDIDORA                | BOGOTÁ        |
| VIGENCIA DESDE    | 00:00 Horas Del 06/11/2024                          | VIGENCIA HASTA | 24:00 Horas Del 01/10/2025 | DÍAS                |            | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | N/A           |
|                   |                                                     |                |                            |                     |            | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | N/A           |
| TOMADOR           | LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA                        |                |                            |                     |            | No. DOC. IDENTIDAD             | 830.061.856-1 |
| DIRECCIÓN         | CAR 72 # 70-17                                      |                |                            |                     |            | TELÉFONO                       | 3183534011    |
| ASEGURADO         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                |                            |                     |            | No. DOC. IDENTIDAD             | 900.971.006-4 |
| DIRECCIÓN         | CALLE 66 # 15-41                                    |                |                            |                     |            | TELÉFONO                       | 4431790       |
| BENEFICIARIO      | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                |                            |                     |            | No. DOC. IDENTIDAD             | 900.971.006-4 |
| DIRECCIÓN         | CALLE 66 # 15-41                                    |                |                            |                     |            | TELÉFONO                       | 4431790       |

#### OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y CONFORME A OTRO SI NO 5 DE PRORROGA SUSCRITO ENTRE LAS PARTES, SE GENERA PRORROGA CONTRACTUAL HASTA EL DIA 31/05/2025.

CUMPLIMIENTO DESDE 06/11/2024 HASTA 01/10/2025

CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO 06/11/2024 HASTA 01/10/2025

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS PERMANECEN VIGENTES.

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SUMINISTRO NO. CS BYS 166-2024, CUYO OBJETO ES SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA OPORTUNA ATENCION DE LOS

| NOMBRE DEL AMPARO                 | VIGENCIA DESDE             | VIGENCIA HASTA             | SUMA ASEGURADA\$ | VALOR PRIMAS\$ |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|----------------|
| CUMPLIMIENTO                      | 00:00 Horas Del 15/05/2025 | 24:00 Horas Del 01/10/2025 | 523.587,40       | 12.500,00      |
| CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO | 00:00 Horas Del 15/05/2025 | 24:00 Horas Del 01/10/2025 | 523.587,40       | 12.500,00      |
|                                   |                            |                            |                  |                |
|                                   |                            |                            |                  |                |
|                                   |                            |                            |                  |                |
|                                   |                            |                            |                  |                |
| TOTAL ASEGURADO                   |                            |                            | \$               | 1.047.174,80   |

| INTERMEDIARIOS                         | TIPO     | % PARTICIPACIÓN |
|----------------------------------------|----------|-----------------|
| PROIS PROGRAMADORA DE SEGUROS LIMITADA | AGENCIAS | 100,00          |

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

|                  |                                             |
|------------------|---------------------------------------------|
| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 15/09/2025 |
|------------------|---------------------------------------------|

|               |    |           |
|---------------|----|-----------|
| PRIMA BRUTA   | \$ | 25.000,00 |
| DESCUENTOS    | \$ |           |
| EXTRA PRIMA   |    |           |
| PRIMA NETA    | \$ | 25.000,00 |
| GASTOS EXP.   | \$ | 0,00      |
| IVA           | \$ | 4.750,00  |
| TOTAL A PAGAR | \$ | 29.750,00 |

#### 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 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, ASÍ 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        | NB-100354873 | No. ANEXO           | 5          | No. CERTIFICADO                | 72408995 | No. RIESGO                     |     |
| TIPO DE DOCUMENTO |              | FECHA DE EXPEDICIÓN | 15/05/2025 | SUC. EXPEDIDORA                | BOGOTA   |                                |     |
| VIGENCIA DESDE    |              | VIGENCIA HASTA      | DÍAS       | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE |          | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA |     |
| 00:00 Horas Del   | 06/11/2024   | 24:00 Horas Del     | 01/10/2025 | N/A                            | N/A      | N/A                            | N/A |

**CONDICIONES PARTICULARES**

PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

-----  
"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.seguros-mundial.com.co](http://www.seguros-mundial.com.co)Correo electrónico: [mundial@seguros-mundial.com.co](mailto:mundial@seguros-mundial.com.co)

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



# Detalle del pago

Transaction ID:

65bdb3c5-ef37-4406-8275-2bcd0d739407

Creado: 5/20/25, 9:16 PM | Actualizado: 5/20/25, 9:16 PM

País: CO

Estado: READY\_TO\_P

Subestado: SYNC

Cliente: LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA LABORATORIOS  
GOTHAPLAST LTDA

Descripción :

Boleta de Pago No. : 20250100131988

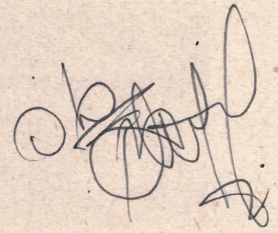
Polizas: 100090950-7, 100354873-5

Correo:

ofelia.jimenez@prois.com.co

**Valor venta**

**\$59,500.00**

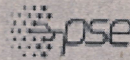


Descargar

Cerrar

# Comprobante

de pago en línea



Bancolombia

## FAP MUNDIAL

Pago realizado por: PATRICIA ZAMORANO DE ORTEGA

Nro. de factura: 7775800268536954

Descripción del pago: Boleta de Pago No. :20250100131988

Nro. de referencia: NIT830061856

Nro. de referencia 2: 34.209.209.231

Nro. de referencia 3: 7775800268536954

Fecha y hora de la transacción: Martes 20 de Mayo de 2025 04:17:14 PM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: \$ 59,500.00 ✓

Cuenta: \*\*\*\*\*3300 ✓

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com](mailto:correosospchoso@bancolombia.com)

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **NB-100354873** y endoso, 5 cuyo afianzado es: **LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA** Asegurado o Beneficiario: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** , expedida por la Compañía en **15/05/2025**, 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.

**BOGOTA** a los **15** días del mes **MAYO** del año **2025**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.