

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	23/02/2026	991135	DELIMA MARSH S.A. LOS CORREDORES DE SEGUROS
<b>Tomador:</b>	COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA S.A.S.				<b>NIT/CC</b> 901417124
<b>Suma de:</b>	NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.*****				
<b>Pagador:</b>	COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA				<b>NIT/CC</b> 901417124
<b>Por concepto de:</b>	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #762844455				
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
45-CALI-44-CU. ENTIDAD.EST.-101173402-1-1	\$4.000,00	\$4.000,00	\$1.520,00	\$0,00	\$9.520,00
Otros conceptos de pago					Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$9.520,00
Forma de pago					
<b>Ahorro:</b>	\$0,00			<b>Corriente:</b>	\$0,00
				<b>Tarjeta:</b>	\$0,00
				<b>Otro:</b>	\$0,00
<b>Transacción:</b> 17996842				<b>Total:</b>	<b>\$9.520,00</b>
				<b>Cajero:</b>	PAGUESTADO



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-44-101173402</b>		ANEXO <b>1</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>17 02 2026</b>			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>30 01 2026</b>			A LAS HORAS <b>00:00</b>		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>31 12 2029</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>ANEXO DE PRORROGA</b>											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA S.A.S.</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.417.124-4</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 100 # 11 - 60 TORRE ANDINA PISO 3 OFIC 401</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>60233000</b>		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>METRO CALI SA ACUERDO DE REESTRUCTURACION</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.013.171-8</b>			
DIRECCIÓN: <b>CL 25 N NRO. 2 F - 136</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO <b>6600001</b>		

ADICIONAL:

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DE LA ORDEN DE COMPRA No. OC.1.2026 CUYO OBJETO ES: CONTRATAR EL SERVICIO DE AREA PROTEGIDA CON ASISTENCIA MEDICA A TRABAJADORES, CONTRATISTAS Y VISITANTES DE LA SEDE DE METRO CALI S.A. ACUERDO DE REESTRUCTURACION, UBICADA EN LA CALLE 25N NO, 2F - 136 DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, BRINDANDO LOS SERVICIOS DE ATENCION DE EMERGENCIAS MEDICAS, URGENCIAS MEDICAS Y TRASLADOS ASISTIDOS QUE SE REQUIERAN.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/01/2026	30/04/2027	\$1,108,800.00	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	30/01/2026	31/12/2029	\$554,400.00	
CALIDAD DEL SERVICIO	30/01/2026	30/06/2027	\$554,400.00	\$554,400.00

**ACLARACIONES**

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO AL CONTRATO SE AJUSTA LA VIGENCIA DEL AMPARO DE CALIDAD AL 30 DE JUNIO DE 2027.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****4,000.00	\$ *****4,000.00	\$ *****1,520.00	\$ *****9,520.00	\$ *****2,217,600.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DElima MARSH S.A. LOS CORREDORES DE	991135	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

45-44-101173402

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



*Angela Torres*

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-44-101173402</b>		ANEXO <b>1</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
<b>17 02 2026</b>		<b>30 01 2026</b>		<b>00:00</b>		<b>31 12 2029</b>		<b>23:59</b>		<b>ANEXO DE PRORROGA</b>	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA S.A.S.</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.417.124-4</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 100 # 11 - 60 TORRE ANDINA PISO 3 OFIC 401</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>60233000</b>		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>METRO CALI SA ACUERDO DE REESTRUCTURACION</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.013.171-8</b>			
DIRECCIÓN: <b>CL 25 N NRO. 2 F - 136</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO <b>6600001</b>		

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

**www.segurosdelestado.com**  
**o www.segurosdevidadelestado.com**

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PÁGINA WEB** | **bse** | **BOLETOC** | **MasterCard** | **VISA**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

**Carulla** | **Super INTER** | **éxito** | **MOVIRED**

**Gran Gato** | **NO BNC** | **SURTIMAX** | **Coopdrogas**

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****4,000.00		GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****4,000.00		IVA \$ *****1,520.00		TOTAL A PAGAR \$ *****9,520.00		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****2,217,600.00		PLAN DE PAGO CONTADO	
INTERMEDIARIO						DISTRIBUCION COASEGURO					
NOMBRE		CLAVE		% DE PART.		NOMBRE COMPAÑIA		% PART.		VALOR ASEGURADO	
DELFIMA MARSH S.A. LOS CORREDORES DE		991135		100.00							

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

**FORMA DE PAGO**

<b>BANCO</b>	<b>CHEQUE No.</b>	<b>VALOR</b>
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



(415) 7709998021167 (8020) 11011641734751 (3900) 000000009520 (96) 20270130

REFERENCIA PAGO:  
**1101164173475-1**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45		<b>NO.PÓLIZA</b> 45-44-101173402		<b>ANEXO</b> 1	
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b>			<b>VIGENCIA DESDE</b>			<b>A LAS HORAS</b>		<b>VIGENCIA HASTA</b>		<b>A LAS HORAS</b>	
<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>HORAS</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>HORAS</b>	<b>TIPO MOVIMIENTO</b>
17	02	2026	30	01	2026	00:00	31	12	2029	23:59	ANEXO DE PRORROGA

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b> COOMEVA EXPERIENCIA MEDICA S.A.S.		<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 901.417.124-4
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 100 # 11 - 60 TORRE ANDINA PISO 3 OFIC 401		<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE
		<b>TELÉFONO:</b> 60233000

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO / BENEFICIARIO:</b> METRO CALI SA ACUERDO DE REESTRUCTURACION		<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 805.013.171-8
<b>DIRECCIÓN:</b> CL 25 N NRO. 2 F - 136		<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE
		<b>TELÉFONO:</b> 6600001

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101173402

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

*Angela Torres*

FIRMA TOMADOR

DIANA LOPEZ