

No. PÓLIZA	BQ-100119155	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	28453748	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	14/05/2026	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 07/05/2026	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 31/12/2029	DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A
						VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A

TOMADOR	ASISTENCIA MEDICA INMEDIATASERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA	No. DOC. IDENTIDAD	802002279-6
DIRECCIÓN	ATLANTICO BARRANQUILLA	TELÉFONO	3106309665
ASEGURADO	ESAP - TERRITORIAL CALDAS	No. DOC. IDENTIDAD	800117525-0
DIRECCIÓN	CALLE 64 A N: 30 29	TELÉFONO	8813280
BENEFICIARIO	ESAP - TERRITORIAL CALDAS	No. DOC. IDENTIDAD	800117525-0
DIRECCIÓN	CALLE 64 A N: 30 29	TELÉFONO	8813280

OBJETO DE CONTRATO

SE AJUSTA LA VIGENCIA SEGUN CONTRATO DEL SECOP Y SOLICITUD DE LA ENTIDAD. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN EN VIGOR.

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.ESAP-CAL-MC-001-2026 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS PARA ATENDER CUALQUIER EMERGENCIA, URGENCIA MEDICA Y TRASLADOS A CENTRO HOSPITALARIO, DIRIGIDO A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA (ESTUDIANTES, DOCENTES, FUNCIONARIOS, CONTRATISTAS) USUARIOS, PROVEEDORES Y VISITANTES DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA - ESAP DE LA TERRITORIAL CALDAS BRINDANDOLE, ADEMAS, ASESORIA CON PERSONAL MEDICO ESPECIALIZADO Y SERVICIO DE AMBULANCIA INMEDIATA.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 07/05/2026	24:00 Horas Del 01/07/2027	400.000,00	8.333,33
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 07/05/2026	24:00 Horas Del 31/12/2029	200.000,00	8.333,33
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 07/05/2026	24:00 Horas Del 31/12/2027	400.000,00	8.333,33
TOTAL ASEGURADO			\$ 1.000.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
CONSCIENTE SEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$	24.999,99
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	24.999,99
GASTOS EXP.	\$	0,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.749,99

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 30/12/2029
------------------	---

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 PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 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, 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

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:  
• Nacional: 01 8000 111 935  
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

<b>No. PÓLIZA</b>	BQ-100119155	<b>No. ANEXO</b>	2	<b>No. CERTIFICADO</b>	28453748	<b>No. RIESGO</b>	
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>		<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	14/05/2026	<b>SUC. EXPEDIDORA</b>	BARRANQUILLA		
<b>VIGENCIA DESDE</b>	<b>VIGENCIA HASTA</b>	<b>DÍAS</b>	<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE</b>	<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA</b>			
00:00 Horas Del	07/05/2026	24:00 Horas Del	31/12/2029	N/A	N/A	N/A	N/A

**CONDICIONES PARTICULARES**

-----  
 "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.seguosmundial.com.co](http://www.seguosmundial.com.co)

Correo electrónico: [mundial@seguosmundial.com.co](mailto:mundial@seguosmundial.com.co)

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



## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

### CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100119155** y endoso, **2** cuyo afianzado es: **ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA** Asegurado o Beneficiario: **ESAP - TERRITORIAL CALDAS / ESAP - TERRITORIAL CALDAS**, expedida por la Compañía en **14/05/2026**, 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.

**BARRANQUILLA** a los **14** días del mes **MAYO** del año **2026**.



**Firma Autorizada**  
**Compañía mundial de Seguros S.A.**

#### LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá: (+601) 327 47 12/13 | Nacional: 01 8000 111 935 | Sitio Web: [www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)



Cumplimos con los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente. Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

@SegurosMundial



- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

28453748

<b>Fecha de Facturación</b>	14/05/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
<b>Póliza No.</b>	BQ-100119155	
<b>Periodo Facturado</b>	07/05/2026	31/12/2029

<b>Fecha Límite de Pago</b>	13/06/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	24.999,99	
<b>IVA</b>	4.750,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	29.749,99	

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	ASISTENCIA MEDICA	
ATLANTICO BARRANQUILLA	802002279	
<b>Intermediario</b>	CONSCIENTE SEGUROS LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

- No se aceptan pagos parciales.
- Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
- Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
- 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 correctame 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.**
- Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web [www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.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.

28453748

<b>Fecha de Facturación</b>	14/05/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
<b>Póliza No.</b>	BQ-100119155	
<b>Periodo Facturado</b>	07/05/2026	31/12/2029

<b>Fecha Límite de Pago</b>	13/06/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	24.999,99	
<b>IVA</b>	4.750,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	29.749,99	

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	ASISTENCIA MEDICA	
ATLANTICO BARRANQUILLA	802002279	
<b>Intermediario</b>	CONSCIENTE SEGUROS LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales  
OPCIÓN 1



(415)7709998434219(8020)0000028453748(3900)00000029749(96)20260613

Bancos  
Corresponsales  
OPCIÓN 2



(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028453748(3900)00000029749(96)20260613

**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**

