

No. PÓLIZA	CMZ-100019694	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	528044602	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/06/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN MANIZALES
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del	21/04/2026	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del	01/08/2029	DÍAS	
			VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		N/A	VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
					N/A		

TOMADOR	UROLOGY CARE IPS S.A.S	No. DOC. IDENTIDAD	900543368-1
DIRECCIÓN	CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO PINARES PINARES DE SAN MARTIN	TELÉFONO	3137902054
ASEGURADO	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	No. DOC. IDENTIDAD	800231235-7
DIRECCIÓN	CARRERA 4 NO. 24 - 88	TELÉFONO	3240106
BENEFICIARIO	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	No. DOC. IDENTIDAD	800231235-7
DIRECCIÓN	CARRERA 4 NO. 24 - 88	TELÉFONO	3240106

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL OTROSI SE HACE PRORROGA DE 1 MES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.285-2026 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS Y EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA Y GINECOLOGÍA, PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/07/2026	24:00 Horas Del 01/12/2026	210.000.000,00	34.521,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 01/07/2026	24:00 Horas Del 01/08/2029	315.000.000,00	53.507,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/07/2026	24:00 Horas Del 01/12/2026	210.000.000,00	34.521,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 735.000.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
CORREDORES DE SEGUROS ASOCIADOS SA	CORREDOR	100,00

PRIMA BRUTA	\$	122.549,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	122.549,00
GASTOS EXP.	\$	0,00
IVA	\$	23.284,00
TOTAL A PAGAR	\$	145.833,00

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

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/07/2029
------------------	---

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

Dr. Jhon Robert  
Corrales Ramos  
CIRUJANO URÓLOGO

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

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.  
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

C.C 10.595.738 / R.M. 14-65-96

HOJA No.

No. PÓLIZA	CMZ-100019694	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	528044602	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/06/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN MANIZALES
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del	21/04/2026	24:00 Horas Del	01/08/2029		N/A	N/A	N/A

**CONDICIONES PARTICULARES**

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 COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A**

**CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza CMZ-100019694 y endoso, 2 cuyo afianzado es: UROLOGYN CARE IPS S.A.S Asegurado o Beneficiario: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA / E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA , expedida por la Compañía en 26/06/2026, 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.

**CEN MANIZALES a los 26 días del mes JUNIO 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. 528044602

<b>Fecha de Facturación</b>	26/06/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
<b>Póliza No.</b>	CMZ-100019694	
<b>Periodo Facturado</b>	21/04/2026	01/08/2029

<b>Fecha Límite de Pago</b>	26/07/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	122.549,00	
<b>IVA</b>	23.284,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	145.833,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	UROLOGYN CARE IPS S.A.S	
CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO	900543368	
<b>Intermediario</b>	CORREDORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
<b>TOTAL</b>			

Apreciado Cliente:

- No se aceptan pagos parciales.
- Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recauda para garantizar la correcta referenciación del pago.
- Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 068 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 correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referenciación 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. 528044602

<b>Fecha de Facturación</b>	26/06/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
<b>Póliza No.</b>	CMZ-100019694	
<b>Periodo Facturado</b>	21/04/2026	01/08/2029

<b>Fecha Límite de Pago</b>	26/07/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	122.549,00	
<b>IVA</b>	23.284,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	145.833,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	UROLOGYN CARE IPS S.A.S	
CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO	900543368	
<b>Intermediario</b>	CORREDORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
<b>TOTAL</b>			

Corresponsales  
OPCIÓN 1



(415)7709998434219(8020)00000528044602(3900)000000145833(96)20260726

Bancos  
Corresponsales  
OPCIÓN 2



(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990528044602(3900)000000145833(96)20260726

**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**



Te damos más

No. PÓLIZA	CMZ-100005641	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	528044606	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/06/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN MANIZALES
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del	21/04/2026	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del	01/12/2026	DÍAS	
VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		N/A		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA		N/A	

TOMADOR	UROLOGY CARE IPS S.A.S	No. DOC. IDENTIDAD	900543368-1
DIRECCIÓN	CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO PINARES PINARES DE SAN MARTIN	TELÉFONO	3137902054
ASEGURADO	UROLOGY CARE IPS S.A.S	No. DOC. IDENTIDAD	900543368-1
DIRECCIÓN	CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO PINARES PINARES DE SAN MARTIN	TELÉFONO	3137902054
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	1

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL OTROSI SE HACE PRORROGA DE 1 MES  
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS IMPUTABLE AL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO.285-2026 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS Y EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA Y GINECOLOGÍA, PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA , - ASEGURADO ADICIONAL: SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA 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 UROLOGY CARE IPS S.A.S., EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA BENEFICIARIO ADICIONAL : ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA COMO BENEFICIARIO SI, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE

NOMBRE DEL AMPARO	LIMITE POR EVENTO	LIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350181000.00	350181000.00	350.181.000,00	71.955,00
PATRONAL	350181000.00	350181000.00	350.181.000,00	0,00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	350181000.00	350181000.00	350.181.000,00	0,00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	350181000.00	350181000.00	350.181.000,00	0,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 350.181.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
CORREDORES DE SEGUROS ASOCIADOS SA	CORREDOR	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 71.955,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 71.955,00
GASTOS EXP.	\$ 0,00
IVA	\$ 13.671,00
TOTAL A PAGAR	\$ 85.626,00

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

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/11/2026
------------------	---

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

Firma  
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.

Dr. Jhon Robert  
Corrales Ramos  
CIRUJANO UROLOGO  
C.C 18.505.736 / R.M. 14-05-06

No. PÓLIZA	CMZ-100005641	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	528044606	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/06/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN MANIZALES
VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA		
00:00 Horas De l	21/04/2026	24:00 Horas De l	01/12/2026	N/A	N/A	N/A	N/A

**CONDICIONES PARTICULARES**

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 SMLLV
PATRONAL	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV

"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.seguromundial.com.co](http://www.seguromundial.com.co)

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

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



- CLIENTE -

Referencia de Pago No. 528044606

<b>Fecha de Facturación</b>	26/06/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL		
<b>Póliza No.</b>	CMZ-100005641	
<b>Periodo Facturado</b>	21/04/2026	01/12/2026

<b>Fecha Límite de Pago</b>	26/07/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	71.955,00	
<b>IVA</b>	13.671,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	85.626,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	UROLOGYN CARE IPS S.A.S	
CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO	900543368	
<b>Intermediario</b>	CORREDORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
<b>TOTAL</b>			

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 cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 068 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 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.**
- 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. 528044606

<b>Fecha de Facturación</b>	26/06/2026	
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL		
<b>Póliza No.</b>	CMZ-100005641	
<b>Periodo Facturado</b>	21/04/2026	01/12/2026

<b>Fecha Límite de Pago</b>	26/07/2026	
<b>Prima</b> (incluye gastos de expedición)	71.955,00	
<b>IVA</b>	13.671,00	
<b>VALOR TOTAL A PAGAR \$</b>	85.626,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

<b>Nombre / Razón Social</b>	UROLOGYN CARE IPS S.A.S	
CR 19 12 50 LC 205 MEGACENTRO	900543368	
<b>Intermediario</b>	CORREDORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
<b>TOTAL</b>			

**Corresponsales OPCIÓN 1**



(415)7709998434219(8020)00000528044606(3900)00000085626(96)20260726

**Bancos Corresponsales OPCIÓN 2**



(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990528044606(3900)00000085626(96)20260726

**INFORMACIÓN DE PAGO**

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

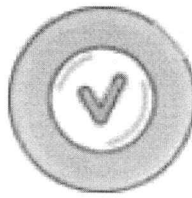
**OPCIÓN 1**

 <b>CORRESPONSALES</b>				
				

**OPCIÓN 2**

 <b>BANCOS</b>		
		
	 <b>Banco de Occidente</b>	

 <b>CORRESPONSALES</b>	 <b>puntored</b> Te damos más
--	---



## Pago exitoso

**\$ 231.459**

Transaction ID:

f9e48fbf-4859-4235-859e-7e2a4c3e724d

Creado: 26/06/26, 3:28 p. m. Actualizado: 26/06/26, 3:30 p. m.

### Detalles del pago

<b>País:</b>	CO
<b>Estado:</b>	SUCCEEDED
<b>approvedTransaction:</b>	true
<b>Subestado:</b>	CREATED
<b>Cliente:</b>	UROLOGYN CARE IPS S.A.S UROLOGYN CARE IPS S.A.S
<b>Boleta de pago No:</b>	20260100288752
<b>Polizas:</b>	Boleta de Pago No. : 20260100288752 Polizas: 100005641-2, 100019694-2
<b>Correo:</b>	

Cerrar

Descargar Comprobante