

Fecha: 21 11 2008
Día Mes Año

RECIBO DE PAGO

Nº 38916

De: flor del Carmen Acosta

Dirección: _____

Teléfono:

PRODUCTO	COMPAÑIA	Nº. POLIZA Y/O CONTROL	CONCEPTO	VALOR
Complimiento	Solidaria	994-52176	pago total	38.032
RC Profesional	Confior	RM 2065		59.500
SON: noventa y siete mil quinientos veinte y dos peso m/ete.			OTROS	\$
			SUBTOTAL	\$
			IVA	\$
			TOTAL	\$ 97.532
			SALDO	\$

Este documento no es válido como Póliza o Título Legal.

Recibí: flor del Carmen Acosta

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V3

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6002662481

PÓLIZA No: 600 - 47 - 994000052176 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **TUNJA**

COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
21 11 2018
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
21 11 2018
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **FLOR DEL CARMEN ACOSTA ZUNIGA**

IDENTIFICACIÓN: CC **24.031.588**

DIRECCIÓN: **KR 8 2 14 MZ 3 BL 6 APTO 203 ANT SANTOS AHOR**

CIUDAD: **TUNJA, BOYACA**

TELÉFONO: **3104228896**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.801.209-4**

BENEFICIARIO: **POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.801.209-4**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO
CALIDAD DEL BIEN

26/11/2018 ✓
26/11/2018 ✓

04/01/2020 ✓
04/01/2020 ✓

1,618,991.80 ✓
4,047,479.50 ✓

BENEFICIARIOS
NIT 900801209 - **POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES Y LA CALIDAD DEL SERVICIO A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PN DISAN-METUN NO 95-7-20234-18, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON EL CONTRATISTA SE COMPROMETE CON LA POLICIA A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN LA JUSTIFICACION HECHA POR PARTE DE LA DEPENDENCIA QUE REQUIERE LOS SERVICIOS EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO, CON OPORTUNIDAD EFICIENCIA Y EFICACIA EN EL AREA DE SANIDAD BOYACA EN LAS CONDICIONES QUE DETERMINE EL CONTRATANTE DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y PROGRAMACION ESTABLECIDO Y DEMAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.
SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS Y LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION
SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO ES LA NACION POLICIA NACIONAL POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA AREA DE SANIDAD BOYACA NIT 900.801.209-4

ALOR ASEGURADO TOTAL:

*****5,666,471.30

VALOR PRIMA:

\$ *****16,960

GASTOS EXPEDICION:

\$ *****15,000.00

IVA:

\$ *****6,072

TOTAL A PAGAR:

\$ *****38,032

NOMBRE INTERMEDIARIO

ELBA LILIA ACUÑA RODRIGUEZ

CLAVE

431

%PART

100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.



(415)7701861000019(8020)0000000000700600266248

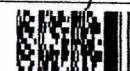
FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

C8D8207A0909FE7A57



GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIO/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



CONFIANZA



Swiss Re
Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

Página 1

PÓLIZA 26 RM002065
CERTIFICADO 26 RM002790

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2632002790

SUCURSAL: 26. TUNJA

USUARIO: RAMIREZO

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA DD MM AAAA

21 11 2018

TOMADOR:	ACOSTA ZUÑIGA FLOR DEL CARMEN	C.C. O NIT:	24031588	9
DIRECCIÓN:	CL 2 SUR 41 81 MZ 3 B	CIUDAD:	TUNJA	
E-MAIL:	floraczu@hotmail.com	TELÉFONO:	3104228	
ASEGURADO:	ACOSTA ZUÑIGA FLOR DEL CARMEN	C.C. O NIT:	24031588	9
DIRECCIÓN:	CL 2 SUR 41 81 MZ 3 B	CIUDAD:	TUNJA	TEL. 3104228
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	082740	
DIRECCIÓN:	0	CIUDAD:	0	TEL. 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DESDE	DD MM AAAA	HASTA	ANTERIOR
26 11 2018		26 11 2019		
		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA
				50,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ACUÑA RODRIGUEZ ELBA LILIA						
						PRIMA	PESOS
							50,000.00
						GAST. EXPED.	PESOS
							0.00
						IVA	PESOS
							9,500.00
						TOTAL	59,500.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M		26-11-2018	26-11-2019	0.00	50,000,000.00	50,000.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales - Vigencia		26-11-2018	26-11-2019	0.00	2,000,000.00	0.00	10.00	500,000.00
Gastos Judiciales - Evento		26-11-2018	26-11-2019	0.00	1,000,000.00	0.00	10.00	500,000.00

OBJETO DEL SEGURO:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN MEDICA COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA OPERA BAJO LA MODALIDAD DE "OCURRENCIA" Y SE RIGE POR EL CLAUSULADO GENERAL PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL FORMA 1308-P-06 (SU-OD-04-04) EL CUAL SE ADJUNTA Y FORMA PARTE INTEGRAL DE LA MISMA.

ASEGURADO ADICIONAL: LA NACION - POLICIA NACIONAL - POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA - AREA DE SANIDAD BOYACÁ NIT: 900.801.209-4 SIEMPRE QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE CON EL OBJETO CONTRACTUAL.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS. LA COMPañIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUEDIERE EXPONER A LA COMPañIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPañIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LA MORAL EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO AGRAVAREMOS LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

"VER NOTAS" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010. LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y V.A. REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762010581377 03/10/2018 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 002667 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 8511

TOMADOR
confianza.com.co

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 21 Nov 2018 14:45:20

GL-FO-25-03



COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL PARA PROFESIONES MÉDICAS

ASEGURADO:		
NIT:	VALOR ASEGURADO:	PRIMA:

I. COBERTURA

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se establece en las condiciones generales del seguro se ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de negligencia o impericia en el ejercicio de una profesión médica, si el siniestro referente ocurriese dentro del período de vigencia del seguro.

II. EXCLUSIONES

En adición a lo estipulado en las condiciones generales del presente seguro, quedan excluidas las reclamaciones provenientes de:

- a. Daños Genéticos.
- b. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales científicas en el establecimiento o local del asegurado y que por el ejercicio de esta se encuentre expuesta a los riesgos de rayos x y radiación materia de este amparo.
- c. Daños por el ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica; en el caso de la cirugía plástica o estética, únicamente se ampara la reconstructiva por lesiones accidentales y la reconstructiva de anomalías congénitas.
- d. Servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes, narcóticos o bebidas alcohólicas.
- e. En el caso de odontólogos y ortodoncistas: daños causados por aplicación de anestesia general, no aplicada en centro hospitalario idóneo.
- f. Daños o perjuicios **que no sean consecuencia** directa o de un daño personal o material, por ejemplo: perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes parciales, violación de secreto profesional.
- g. La obtención de reembolso de honorarios profesionales.
- h. Daños y perjuicios causados directamente por productos farmacéuticos.
- i. Daños causados a personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando tales reclamos se presenten como consecuencia de un servicio prestado.
- j. Reclamaciones por daños genéticos. Así mismo, no están cubiertas reclamaciones como

consecuencia de una infección con el virus tipo HIV (SIDA), incluyendo cualquier tipo de lesiones y perjuicios causados directamente por transfusiones sanguíneas.

III. EXTENSIÓN DE COBERTURA

Además de lo anteriormente estipulado, en alcance del presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil contractual y extracontractual imputable al asegurado.

1. Por la posesión y el uso de aparatos y por los tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y no se encontraren comprendidos en el punto 3o. de estas condiciones particulares.
2. Derivada de los actos u omisiones cometidas por personal bajo relación laboral con el Asegurado, en ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.
3. Derivada de la posesión y uso de los aparatos de rayos X, con fines de diagnóstico y mediante convenio expreso la ocasionada por:
 - a. La posesión y uso de:
 - Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas incluyendo aparatos de rayos X que, aún ocasionalmente, se utilicen para fines terapéuticos.
 - Aparatos generadores de rayos láser.
 - b. La posesión o aplicación a pacientes de materias radioactivas naturales o artificiales:
 - En aparatos donde esté incorporado un irradiador (Isótopo)
 - Otras materias radioactivas.
 - Equipos de tomografía por ordenador (Scanner)

4. Derivada de la sustitución provisional que del asegurado efectuare otro médico que ejerza la misma especialidad que la del asegurado, sin incluir la responsabilidad civil profesional propia del médico sustituyente.

5. Por daños materiales o personales, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios (ejemplo: el consultorio y las respectivas oficinas), en que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica materia de este seguro y que figuran en la carátula de la póliza.

- Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias.

IV. NULIDAD

El presente seguro será nulo, cuando la profesión médica y su ejercicio no gocen de la tutela del estado o cuando, al momento de celebrarse el contrato, el Asegurado no sea totalmente hábil para ejercerla profesión.

V. TERMINACIÓN

Adicionalmente a lo previsto en las Condiciones Generales el presente Seguro terminará cuando el Asegurado sea legalmente inhabilitado para ejercer su profesión.

Lo anterior queda sujeto a los términos, limitaciones y estipulaciones del seguro que no hayan sido específicamente modificados en el texto de esta póliza.

Para constancia de todo lo expresado se firma la presente Póliza en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NÚMERO 070.3744
FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.
CONFIANZA