CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 22 RC000676

CERTIFICADO 22 RC000848

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2238000848

SUCURSAL: 22. MOCOA | USUARIO: GOMEZMV | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD 05 MM 04 AAAA 2018

TOMADOR:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	C.C. O NIT:	900045440 6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	CIUDAD:	MOCOA
E-MAIL:	codent_eu@hotmail.com	TELÉFONO:	4200906
ASEGURADO:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	C.C. O NIT:	900045440 6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	CIUDAD: MOCOA	TEL. 4200906
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	082740
DIRECCIÓN:	0	CIUDAD: 0	TEL. 0

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD 04 MM 04 AAAA 2018	HASTA DD 05 MM 04 AAAA 2019		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 156,248,400.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	FLOREZ RIVERA LUZ ANGELA					PRIMA	PESOS	1,404,311.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	266,819.00
						TOTAL		1,671,130.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas,	04-04-2018	05-04-2019	0.00	156,248,400.00	975,000.00	10.00	3,500,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	04-04-2018	05-04-2019	0.00	156,248,400.00	195,311.00	10.00	3,500,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Evento	04-04-2018	05-04-2019	0.00	156,248,400.00	0.00	10.00	3,500,000.00
Daño Moral - Vigencia	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	117,000.00	10.00	1,500,000.00
Daño Moral - Evento	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Lucro Cesante - Vigencia	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Lucro Cesante - Evento	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	117,000.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	04-04-2018	05-04-2019	0.00	15,624,840.00	0.00	10.00	1,500,000.00

OBJETO DE LA POLIZA:
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA IMPUTABLE A CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U, POR DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS EN EL EJERCICIO DE SU OBJETO SOCIAL COMO ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

COBERTURA DE SEGURO OTORGADA PARA EL SIGUIENTE PERSONAL:
-CRUZ ROSMIRA GAVIRIA SERNA - ENDODONCISTA.
-YOLIMA ROJAS VARGAS - ODONTOPEDIATRA
-JAVIER MONTEJO TARAZONA - CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
-MELIDA MARIA LOPEZ HERRERA - PERIODONCISTA

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A
CONFIANZA

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGA EL AMPARO DE DAÑO MORAL EN EL ENTENDIDO QUE SOLO PROCEDE SI EXISTE UN DAÑO FISICO.

CANCELADO

En caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anormalidades congénitas.
EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS:

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA 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 PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ 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 CONOCÍ 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 NOTA 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 TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARAN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA. 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 PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
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 INEQUÍVOCA 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-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762001125202 9/11/2015 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000802 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD(6511)

CONFIANZA
COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.
NIT. 800070374

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)2238000848

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 22 RC000676

CERTIFICADO 22 RC000848

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2238000848

SUCURSAL: 22. MOCOA **USUARIO:** GOMEZMV **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 05 MM 04 AAAA 2018

TOMADOR:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	**C.C. O NIT:**	900045440 6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	**CIUDAD:**	MOCOA
E-MAIL:	codent_eu@hotmail.com	**TELÉFONO:**	4200906
ASEGURADO:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	**C.C. O NIT:**	900045440 6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	**CIUDAD:** MOCOA	**TEL.** 4200906
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	VALOR ASEGURADO EN PESOS NUEVA
DESDE DD 04 MM 04 AAAA 2018	HASTA DD 05 MM 04 AAAA 2019			156,248,400.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	FLOREZ RIVERA LUZ ANGELA					PRIMA	PESOS	1,404,311.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	266,819.00
						TOTAL		1,671,130.00

1.Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anormalidades congénitas.

2.Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.

3.Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.

4.Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.

5.Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.

6.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales

7.Reclamaciones de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.

8.Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

9.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.

10.Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.

11.Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente; perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

12.En el caso de odontólogos y ortodoncistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin.

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A
CONFIANZA

CANCELADO

EXCLUSION 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 PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ 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 CONOCÍ 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 PAIS.
VER NOTA 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 TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, 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 PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
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 INEQUÍVOCA 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-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762001125202 9/11/2016 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000802 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2238000848

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 22 RC000676

CERTIFICADO 22 RC000848

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2238000848

SUCURSAL: 22. MOCOA **USUARIO:** GOMEZMV **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 05 MM 04 AAAA 2018

TOMADOR:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	**C.C. O NIT:** 900045440	6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	**CIUDAD:** MOCOA	
E-MAIL:	codent_eu@hotmail.com	**TELÉFONO:** 4200906	
ASEGURADO:	CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U	**C.C. O NIT:** 900045440	6
DIRECCIÓN:	CL 21 10 37 BRR VILLA DEL RIO	**CIUDAD:** MOCOA	**TEL.** 4200906
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:** 082740	
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	04 04 2018	HASTA 05 04 2019			156,248,400.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	FLOREZ RIVERA LUZ ANGELA					PRIMA	PESOS	1,404,311.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	266,819.00
						TOTAL		1,671,130.00

13.Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

14.Reclamaciones por daños genéticos

15.Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)

16.Reclamaciones por enfermedades profesionales y el riesgo biológico

17.Reclamaciones de personas que tienen una relación laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.

CLAUSULA DE GARANTIA: EL TOMADOR/ASEGURADO SE COMPROMETE A MANTENER LOS EQUIPOS Y LAS INSTALACONES EN PERFECTO ESTADO Y A REALIZARLE LOS DEBIDOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS.

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A
CONFIANZA

CANCELADO

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS. LA COMPAÑÍA 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 PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ 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 CONOCÍ 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 NOTA 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 TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, 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 PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
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 INEQUÍVOCA 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-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762001125202 9/11/2016 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000802 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2238000848

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO