

**CONFIANZA****Swiss Re**
Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**
Decreto 1082 de 2015PÓLIZA 02 GU033369
CERTIFICADO 02 GU053717

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0260053717

DD MM AAAA
27 02 2019

SUCURSAL: 02. CARTAGENA

USUARIO: JIMENEXE

TIP CERTIFICADO:

Nuevo

FECHA

TOMADOR/GARANTIZADO: BUSTAMANTE GONZALEZ DANIEL ANDRES

C.C. O NIT: 80091773 5

DIRECCIÓN: BOCAGRANDE CR 5 5 101 AP 502

CIUDAD: CARTAGENA

E-MAIL: dabustamanteg@gmail.com

TELÉFONO: 3205308249

ASEGURADO: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

C.C. O NIT: 830039670 5

DIRECCIÓN: BRR BOCAGRANDE SEC EL LIMBO

CIUDAD: CARTAGENA TEL. 8209040

BENEFICIARIO: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

C.C. O NIT: 830039670 5

DIRECCIÓN: BRR BOCAGRANDE SEC EL LIMBO

CIUDAD: CARTAGENA TEL. 8209040

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
DESDE	01	03	2019	HASTA	30
					01
					2020
			ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
					10,634,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	VALORES
100.00	PROGRESO LTDA. ASESORES DE					3,095.29	
						MONEDA	PESOS
						PRIMA	35,040.00
						CARGOS DE EMISIÓN	12,000.00
						IVA	8,938.00
						TOTAL	55,978.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		01-03-2019	30-01-2020	0.00	10,634,000.00	35,040.00	0.00	0.00

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N°148 -DGSM-DISAN-HONAC-2019, CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ANESTESIOLOGO, PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL -DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA NIT:830.039.670-5.

ESTA PÓLIZA 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 PÓLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACION 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 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 GARANTIAS 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 231.2.1.1 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 231.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-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.

LA PRESENTE GARANTÍA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

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 INEQUIVOCAL 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-00-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004374897 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 049564 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD: 511

TOMADOR



(415)7709998911901(8020)0260053717

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 No. 91 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Thu, 28 Feb 2019 10:13:00

GL-FO-25-03



CONFIANZA



Swiss Re
Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**
Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 02 GU033369
CERTIFICADO 02 GU053717

Página 1

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0260053717

SUCURSAL: 02. CARTAGENA

USUARIO: JIMENEXE

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 02 2019

TOMADOR/GARANTIZADO:	BUSTAMANTE GONZALEZ DANIEL ANDRES	C.C. O NIT:	80091773	5
DIRECCIÓN:	BOCAGRANDE CR 5 5 101 AP 502	CIUDAD:	CARTAGENA	
E-MAIL:	dabustamanteg@gmail.com	TELÉFONO:	3205308249	
ASEGURADO:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	C.C. O NIT:	830039670	5
DIRECCIÓN:	BRR BOCAGRANDE SEC EL LIMBO	CIUDAD:	CARTAGENA	TEL. 8209040
BENEFICIARIO:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	C.C. O NIT:	830039670	5
DIRECCIÓN:	BRR BOCAGRANDE SEC EL LIMBO	CIUDAD:	CARTAGENA	TEL. 8209040

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS						
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA					
DESDE	01	03	2019	HASTA	30	01	2020	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
										10,634,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	PROGRESO LTDA. ASESORES DE					3,095.29		
							PESOS	35,040.00
							PESOS	12,000.00
							PESOS	8,938.00
								55,978.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
Desde	Hasta						%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	01-03-2019	30-01-2020		0.00	10,634,000.00	35,040.00	0.00	0.00

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N°148 -DGSM-DISAN-HONAC-2019, CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ANESTESIOLOGO, PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL -DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA NIT:830.039.670-5.

ESTA PÓLIZA 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 PÓLIZA. LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACION 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 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 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 HARÁ EFECTIVO A LA TASA 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 EXPEDICION. 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. LA PRESENTE GARANTÍA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANHÍA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 18 DEL ARTÍCULO 28 DE LA LEY 90 DE 1993. 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 INEQUIVOCAL 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 BU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004374897 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000091 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 049564 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 4511

TOMADOR



COMPANHÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

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

Thu, 28 Feb 2019 10:13:00

GL-FO-25-03