	<b>INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		<b>Código: GJC-01</b>
	<b>GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL</b>		<b>Versión: 1</b>
			<b>Página: 1 de 2</b>
<b>Elaboró: Profesional universitario</b>	<b>Revisó: Presidente Concejo Municipal</b>	<b>Aprobó: Presidente Concejo Municipal</b>	

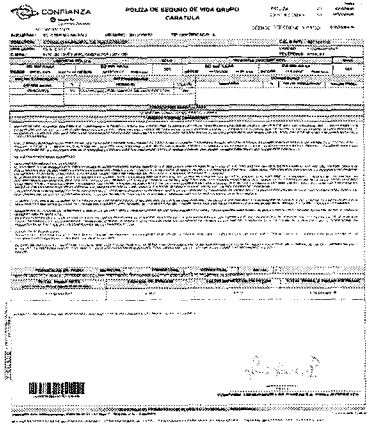
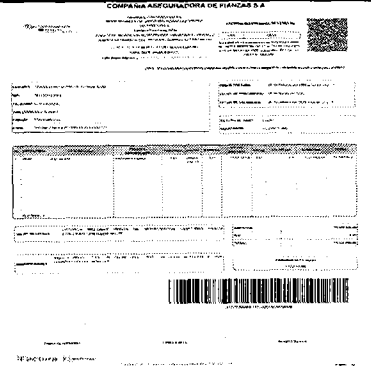
1. DATOS DEL INFORME			
Periodo reportado del	04/02/2026	Al	13/02/2026
Informe número:	1 de 1		
Fecha de presentación del informe	10/02/2026		

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
Razón social:	SEGUROS CONFIANZA S.A.		
NIT:	NIT No. 860.070.374-9		
Nombres y apellidos del Representante legal:	JUAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ		
Número de Identificación Representante Legal:	C.C. No. 1.136.884.906 de BOGOTÁ D.C.		
Fecha de acta de inicio:	04/02/2026	Numero de contrato:	MC-2026-01
Fecha de suscripción del contrato:	04/02/2026	Fecha de finalización contrato:	13/02/2026
Plazo de ejecución:	(10) diez días Calendario, Termina Contado A Partir Del Acta De Inicio Entre El Contratista Y El Supervisor.		
Objeto del contrato:	ADQUISICIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO PARA LOS CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ		
Dependencia a la que pertenece:	CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ		
Supervisor del contrato:	SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO		
Número del CDP:	DIS-2026010008	Número del RP:	RES-2026020001
Valor contrato:	CATORCE MILLONES VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS PESOS (\$14.020.926,00) M/CTE.		
Forma de pago:	El valor del contrato será cancelado al contratista de la siguiente manera: Un (1) único pago anticipado, por la suma de CATORCE MILLONES VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS PESOS (\$14.020.926,00) M/CTE.		
a. EN CASO DE ADICIÓN Y/O PRORROGA DILIGENCIE			
Tiempo de prórroga		Nueva fecha de finalización contrato:	
Nuevo plazo de ejecución:			
Número del CDP:	DIS-	Número del RP:	RES-
Valor adición (si aplica)			
Nuevo valor contrato (si aplica)			
Periodo reportado del	--/--/--	Al	--/--/--
Informe número:	- de -		

1. INFORMACIÓN DE PAGO			
NUMERO DE PAGO PARCIAL	VALOR CONTRATO	PAGO PARCIAL VALOR	SALDO
I	\$ 14.020.926	\$ 14.020.926	\$ 0
EN CASO DE ADICIÓN Y/O PRORROGA DILIGENCIE			

3. INFORMACIÓN BANCARIA			
Número de cuenta:	16722270105	Entidad bancaria:	Bancolombia
Tipo de cuenta:	Cuenta corriente		

PERIODO: 04/02/2026 al 13/02/2026

OBJETO	OB LIG ACI ÓN Nº	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICAS	TAREAS EJECUTADAS	DOCUMENTO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA O DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS
ADQUISICIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO PARA LOS CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ	1	Suministrar las pólizas con las vigencias, amparos, cubrimientos y cuantías requeridas en los estudios previos y la propuesta presentada.	Se realizó la a cabalidad la entrega de las polizas con las vigencias, amparos, cubrimientos y cuantías requeridas en los estudios previos y la propuesta presentada.	
	2	Cumplir a cabalidad todo lo consignado en la propuesta y desarrollar el objeto de acuerdo con los términos establecidos por el Concejo Municipal de Fusagasugá y previamente acordados en la oferta.	El contratista cumplió a cabalidad todo lo consignado en la propuesta y desarrollar el objeto de acuerdo con los términos establecidos por el Concejo Municipal de Fusagasugá.	

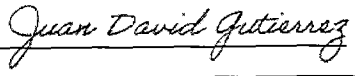
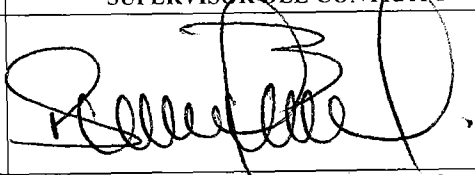
Que en cumplimiento de los artículos 17 y artículo 153 de la ley 100 de 1993 y demás disposiciones legales según certificación adjunta se da cumplimiento al pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social.

El suscrito Supervisor del Contrato

CERTIFICA:

Que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el contrato durante el periodo comprendido del 04/02/2026 al 13/02/2026, he verificado el cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL del mes de Enero.

Dada en Fusagasugá Cundinamarca a los 10 días del mes de Febrero de 2026

	CONTRATISTA	SUPERVISOR DEL CONTRATO
FIRMA		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	JUAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ	SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO
CÉDULA	C.C. No. 1.136.884.906 de BOGOTÁ D.C.	C.C. 40.093.051
RAZÓN SOCIAL	SEGUROS CONFIANZA S.A.	
NIT	NIT No. 860.070.374-9	
CARGO: Contratista		PRESIDENTE CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ

Nota: Tenga en cuenta que la oficina de gestión Financiera se encargará únicamente de revisar los datos financieros del formato, esta no se va a responsabilizar de los demás datos consignados en el presente informe.

Elaboro: SEGUROS CONFIANZA S.A./Contratista  
Reviso: David Felipe Cardenas Nassar/Profesional Universitario  
Aprobo: SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO/Presidente



10 FEB 2025

ÁREA FINANCIERA



**CONCEJO DE  
FUSAGASUGÁ**  
Concejo de todos

### ACTA DE LIQUIDACIÓN

**CONTRATANTE:** CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ

**CONTRATISTA:** SEGUROS CONFIANZA S.A.  
NIT No. 860.070.374-9

**APODERADO:** JUAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ  
C.C. No. 1.136.884.906 de BOGOTÁ D.C.

**OBJETO:** ADQUISICIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO PARA  
LOS CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE  
FUSAGASUGÁ.

**VALOR:** CATORCE MILLONES VEINTE MIL  
NOVECIENTOS VEINTISÉIS PESOS  
(\$14.020.926,00) M/CTE.

**PLAZO:** DIEZ (10) DÍAS, CALENDARIO, TÉRMINO QUE  
SE CONTARÁ A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN  
DEL ACTA DE INICIO. LA VIGENCIA DE LOS  
AMPAROS SERÁ DE DOCE (12) MESES.

**SUPERVISIÓN:** SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO  
PRESIDENTE CONCEJO MUNICIPAL

En el Municipio de Fusagasugá, a los diez (10) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026), se reunieron en el Concejo Municipal de Fusagasugá, el Doctor JUAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.136.884.906 de BOGOTÁ D.C., como apoderado de SEGUROS CONFIANZA S.A., identificada con el NIT No. 860.070.374-9, en calidad de Contratista, y la Doctora SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO, Supervisor, con el objeto de de Cancelar el CONTRATO DE SEGUROS No. MC-2026-01, así:

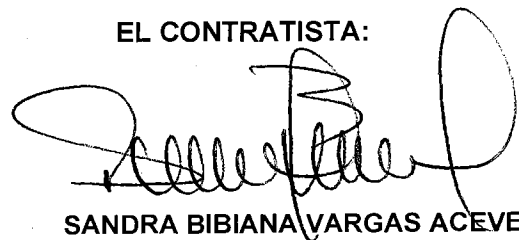
**VALOR DEL CONTRATO:** \$14.020.926,00  
**VALOR EJEUTADO:** \$14.020.926,00  
**SALDO A FAVOR DEL CONCEJO MPAL:** \$ 0,00

**EL CONCEJO MUNICIPAL:**

**EL CONTRATISTA:**



SEGUROS CONFIANZA S.A.  
NIT No. 860.070.374-9  
JUAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ  
C.C. No. 1.136.884.906 de BOGOTÁ D.C.



SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO  
SUPERVISOR  
PRESIDENTE CONCEJO MPAL

**GESTIÓN DOCUMENTAL**

Original Destinatario

Copia: Origen del oficio

Archivo sistematizado: DOCUMENTOS, ESTUDIOS PREVIOS Y CONTRATOS 2026 CONTRATO SEGURO DE VIDA CONCEJALES 2026.

Serie o subserie: 300-05-01

Proyectó: DAVID FELIPE CARDENAS NASSAR

Revisó: MARIO FERNANDO RUIZ TELLES

Aprobó: SANDRA BIBIANA VARGAS ACEVEDO

NIT: 860.070.374-9

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0182008809

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: BECERRAE TIP CERTIFICADO: N

<b>TOMADOR:</b> CONSEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA	<b>C.C. O NIT:</b> 901184118
<b>DIRECCIÓN:</b> CL 6 6 24 P 4	<b>CIUDAD:</b> FUSAGASUGA
<b>E-MAIL:</b> INFO@CONCEJOFUSAGASUGA.GOV.CO	<b>TELÉFONO:</b> 8726087

VIGENCIA PÓLIZA		DÍAS	VIGENCIA CERTIFICADO		DÍAS
DD MM AAAA	24:00 horas		DD MM AAAA	24:00 horas	
DESDE 04/02/2026		365	DESDE 04/02/2026		365

FECHA EXPEDICIÓN	INTERMEDIARIO		COASEGURO				
DD MM AAAA	%	NOMBRE	CLAVE	COMPANIA	%	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA
06/02/2026	100	COOPROSEGUROS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	1358				

**CONDICIONES PARTICULARES**  
SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES

**ANEXOS Y OTRAS CONDICIONES**

AMPARO BÁSICO: SEGUROS CONFIANZA SE COMPROMETE A PAGAR EL VALOR ASEGURADO POR EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY (SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO), O AL TOMADOR, SEGÚN CORRESPONDA. SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS.

EXCLUSIONES GERALES DEL AMPARO BÁSICO: SEGUROS CONFIANZA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADO 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 SEGUROS CONFIANZA 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 SEGUROS CONFIANZA

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE:

EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR SEGUROS CONFIANZA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR SEGUROS CONFIANZA, LO HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO. SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO SEGUROS CONFIANZA SÓLO ESTARÁ OBLIGADO, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTE ARTÍCULO NO SE APLICAN SI SEGUROS CONFIANZA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE LAS QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

LA MORA 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 LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

RENOVACIÓN: EL SEGURO ES RENOVABLE A VOLUNTAD DE LAS PARTES CONTRATANTES, EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS ACORDADAS SEGÚN EL RESULTADO TÉCNICO DE LA PÓLIZA EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

SEGUROS CONFIANZA S.A. CON LA DEBIDA ANTICIPACIÓN LE INFORMARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y A SUS ASEGURADOS, LOS TÉRMINOS O LAS CONDICIONES DE RENOVACIÓN Y LA FECHA FIN DE LA VIGENCIA, CON EL PROPÓSITO QUE EL CONSUMIDOR FINANCIERO APRUEBE O RECHACE CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR DE UN MES A LA FECHA DEL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, SI SE REALIZA O NO LA RENOVACIÓN, SIN PERJUICIO DE LO PACTADO EN LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CONSULTA DE CLAUSULADO:

TODOS LOS CONDICIONADOS SE PUEDEN CONSULTAR DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

EN CASO DE CUALQUIER COMENTARIO O DUDA SOBRE ESTA PÓLIZA, PUEDE CONTACTAR A LA DEFENSORA DEL CONSUMIDOR FINANCIERO, MARIA JULIETA VILLAMIZAR DE LA TORRE, DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A. M. A 6:00 P. M. TELEFONO 4630711; FAX: 4630711; VILLAMIZARDELATORRE@OUTLOOK.COM; DIRECCIÓN: CALLE 107A NO. 7C-50 TORRE 2 APARTAMENTO 402 (CITA PREVIA)

PERIODICIDAD DE PAGO: MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS: LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PODRÁN SER FRACCIONADAS EN PAGOS MENSUALES, TRIMESTRALES O SEMESTRALES

TOTAL PRIMA NETA	CARGOS DE EMISIÓN	VALOR IMPUESTOS EN PESOS	TOTAL PRIMA A PAGAR EN PESOS
FRACCIONADA SEGÚN PERIODICIDAD DE PAGO			
\$ 14,020,926.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 14,020,926.00

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-58-02-VGTA ADJUNTA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



María Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.420.596

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA



(415)770998911901(8020)

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

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

Fri, 6 Feb 2026 17:52:15

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA: Código de Clausulado: 07/06/2025-1308-P34-SU-OD-58-02-VGTA D001 Código de Nota Técnica: 07/06/2025-1308-NT-P34-NTVIGR2025-TAMP1

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: BECERRAE TIP CERTIFICADO: N

<b>TOMADOR:</b> CONSEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA	<b>C.C. O NIT:</b> 901184118
<b>DIRECCIÓN:</b> CL 6 6 24 P 4	<b>CIUDAD:</b> FUSAGASUGA
<b>E-MAIL:</b> INFO@CONCEJOFUSAGASUGA.GOV.CO	<b>TELÉFONO:</b> 8726087

VIGENCIA PÓLIZA		DÍAS	VIGENCIA CERTIFICADO		DÍAS
DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	365	DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	365
04/02/2026 24:00 horas	04/02/2027 24:00 horas		04/02/2026 24:00 horas	04/02/2027 24:00 horas	

FECHA EXPEDICIÓN		INTERMEDIARIO		COASEGURO			
DD MM AAAA	%	NOMBRE	CLAVE	COMPANIA	%	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA
06/02/2026	100	COOPROSEGUROS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	1358				

RELACIÓN DE ASEGURADOS										
PÓLIZA INDIVIDUAL	TIPO ENDOSO	IDENTIFICACION	NOMBRE DEL ASEGURADO	VIGENCIA		SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA	VALOR EXTRAPRIMA POR SALUD	VALOR EXTRAPRIMA POR OCUPACION	TOTAL PRIMA
				DESDE	HASTA					
VG002040-1	UN	1010191264	BALLESTEROS CARDENAS ROSA MARIA	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-2	UN	1069715664	BENEDETTI DUSSAN GUILLERM ALFONSO	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-3	UN	11256609	CADENA OJEDA ANGEL LEONARD	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-4	UN	82393169	GARCIA JIMENEZ CARLOS ANDRES	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-5	UN	11258210	HERNANDEZ CRUZ DANIEL RICARDO	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-6	UN	1069746894	HORTUA SALAMANCA WILLINTONG ARMANDO	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-7	UN	11257488	MALDONADO DIAZ DANIEL ANDRES	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-8	UN	80544226	MARQUEZ RODRIGUEZ RAFAEL YESID	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-9	UN	11256791	MORENO ALDANA CARLOS EDUARDO	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-10	UN	35254679	PEREZ TORRES KELLY SLENDY	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-11	UN	39617695	REYES CARRILLO BLANCA YOLY	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-12	UN	79844842	RODRIGUEZ BELTRAN LUIS GABRIEL	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-13	UN	1069721057	RODRIGUEZ PERALTA DIANA CAROLINA	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-14	UN	11383639	ROJAS MARTINEZ CARLOS ALBERTO	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-15	UN	1069730572	ROJAS RUIZ JEISON DAVID	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-16	UN	1069738068	SANCHEZ SANDOVAL ELIZABETH	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,760.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,760.00
VG002040-17	UN	40093051	VARGAS ACEVEDO SANDRA BIBIANA	04/02/2026	04/02/2027	\$ 312,409,220.00	\$ 824,766.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 824,766.00
<b>VALOR TOTAL PERIODO FACTURADO:</b>						\$ 5,310,956,740.00	\$ 14,020,926.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 14,020,926.00

NUMERO TOTAL DE PÓLIZAS INDIVIDUALES: 17

<b>PERIODICIDAD DE PAGO:</b>	MENSUAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input checked="" type="checkbox"/>
FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS: LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PODRAN SER FRACCIONADAS EN PAGOS MENSUALES, TRIMESTRALES O SEMESTRALES				
<b>TOTAL PRIMA NETA</b>	<b>CARGOS DE EMISIÓN</b>	<b>VALOR IMPUESTOS EN PESOS</b>	<b>TOTAL PRIMA A PAGAR EN PESOS</b>	
FRACCIONADA SEGUN PERIODICIDAD DE PAGO				
\$ 14,020,926.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 14,020,926.00	

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-58-02-VGTA ADJUNTA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Maria Juana Herrera Rodríguez  
 CC: 52428338

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA



(415)7709998911901(8020)

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

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

Fri, 6 Feb 2026 17:54:15

Código de Clausulado: 07-08-2025 1308 P 34 SU-OD-58-02-VGTA 0001  
 Código de Nota Técnica: 07-08-2025 1308 NT-P 34 NTVIGR2025-TAMP1



**PÓLIZA SEGURO COLECTIVO VIDA GRUPO  
CONDICIONES GENERALES**

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A., SEGUROS CONFIANZA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ “SEGUROS CONFIANZA”, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO O BENEFICIARIOS , EL VALOR ASEGURADO INDICADO PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS CONTRATADOS Y QUE SE ENCUENTREN DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES.

**CLÁUSULA PRIMERA. AMPAROS Y EXCLUSIONES.**

**1. AMPARO BÁSICO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**

SEGUROS CONFIANZA SE COMPROMETE A PAGAR EL VALOR ASEGURADO POR EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY (SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO), SEGÚN CORRESPONDA, SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS.

**1.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	74 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	80 AÑOS Y 364 DIAS

PARA LOS MENORES DE EDAD ENTRE 14 Y 18 AÑOS, ES REQUISITO CONTAR CON LA AUTORIZACION EXPRESA DE SUS PADRES O TUTORES.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES.

<b>COBERTURA</b>	<b>FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	74 AÑOS Y 364 DÍAS
<b>PERMANENCIA</b>	HASTA LA CANCELACIÓN DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

## 1.2 EXCLUSIONES GENERALES DEL AMPARO BÁSICO

SEGUROS CONFIANZA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADO 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 SEGUROS CONFIANZA 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 SEGUROS CONFIANZA.

## 2. AMPAROS OPCIONALES

SIEMPRE QUE APAREZCAN EXPRESAMENTE CONTEMPLADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL BENEFICIARIO POR LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES AMPAROS

### 2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTA COBERTURA, SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDO POR EL ASEGURADO, LE PROVOQUE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE SU CAPACIDAD, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE CERTIFICADA POR UNA ENTIDAD COMPETENTE (EPS, ARL O FONDO DE PENSIONES O LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN).

LA FECHA DE OCURRENCIA EN EL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN

SE ENTIENDE COMO FECHA DE ESTRUCTURACIÓN AQUELLA EN LA QUE, DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN EJECUTORIADO POR LAS ENTIDADES COMPETENTES SE HAYA CONSTITUIDO LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEFINIDA Y, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO, DICHA INCAPACIDAD NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y NO SEA PREEXISTENTE.

EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA CON EL DICTAMEN APORTADO POR EL ASEGURADO, SEGUROS CONFIANZA SOLICITARÁ EL DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS O DE TODA UNA MANO, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.

LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES O DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.

LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS. LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA O IRRECUPERABLE.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

### 2.2 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL:

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O UNA ENFERMEDAD LABORAL EL ASEGURADO PIERDE DE FORMA PERMANENTE ENTRE EL 20 % E INFERIOR AL 50 % DE SU CAPACIDAD LABORAL, CERTIFICADA POR EPS, ARL, AFP O JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A 120 DÍAS, SEGUROS CONFIANZA S.A. INDEMNIZARÁ EL PORCENTAJE DE PERDIDA DE SU CAPACIDAD LABORAL SOBRE EL AMPARO BÁSICO DE VIDA ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A DICHA INCAPACIDAD OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL AMPARO.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO TANTO, CUALQUIER PAGO REALIZADO POR ESTE AMPARO, SE DEDUCIRÁ DEL VALOR ASEGURADO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA ESTE AMPARO APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES QUE APLICAN EN INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

### 2.2.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

COBERTURA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDAD MINIMA DE INGRESO	14 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	65 AÑOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	70 AÑOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

COBERTURA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDAD MINIMA DE INGRESO	18 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	65 AÑOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	70 AÑOS Y 364 DIAS

### 2.2.2 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- QUE TENGA COMO CAUSA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD, PATOLOGÍA, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O LESIONES, QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN DEPORTES O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL O COMO AFICIONADO DE LOS DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS O EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL. LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS.
- FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PILOTOS DE FUMIGACIÓN, PILOTOS Y/O MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN DE AEROLÍNEAS PRIVADAS O QUE NO REALICEN VUELOS CON TRAYECTO REGULAR COMERCIAL O CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE COMO PASAJERO EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE NO COMERCIAL.
- ENCONTRARSE POR FUERA DE LAS EDADES DE PERMANENCIA O DE INGRESO A LA PÓLIZA.

## 2.3 INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN

SI A CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS SEÑALADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE SE RELACIONA A CONTINUACIÓN, SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ LA SUMA

ASEGURADA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LA PÉRDIDA OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE. PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE CAUSE DICHA LESIÓN O MUERTE.

### 2.3.1 TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN:

SEGUROS CONFIANZA, PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA

% INDEMNIZACIÓN	PERDIDA
100%	EN CASO DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL E IRRECUPERABLE DE: LA VISIÓN EN AMBOS OJOS AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS) AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS) DE LOS DOS PIES DE LAS DOS MANOS DE UNA MANO Y UN PIE DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PERDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO
100%	ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE.
100%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DEL HABLA.
100%	PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE.
50%	EN CASO DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES MIEMBROS: INFERIORES (PIERNA) SUPERIORES (BRAZO) LA VISIÓN POR UN OJO DEL HABLA DE UNA MANO DE UN PIE
50%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DE LA AUDICIÓN.
30%	ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR.
25%	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO
25%	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS.
20%	PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, PÁNCREAS, HÍGADO O BAZO.
20%	CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA.
20%	PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD.
10%	CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

10%	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE.
5%	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE: DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES UN DEDO DE CUALQUIER MANO
5%	PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO.

EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO (1) O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO EXCEDER DEL CIEN POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL PRESENTE AMPARO.

CUALQUIER PÉRDIDA O LIMITACIÓN NO DESCRITA EN LA TABLA ANTERIOR NO SERÁ OBJETO DE COBERTURA.

**2.3.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	70 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	74 AÑOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

<b>COBERTURA</b>	<b>FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	70 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	74 AÑOS Y 364 DIAS

**2.3.3 EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN**

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS AL ASEGURADO DERIVADOS DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN DEPORTES Y/O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL O COMO AFICIONADO DE LOS DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS O EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS O LOS ACCIDENTES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL. LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS.
- FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O

**QUIMICAS.**

- o LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- o PILOTOS DE FUMIGACIÓN, PILOTOS Y/O MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN DE AEROLÍNEAS PRIVADAS O QUE NO REALICEN VUELOS CON TRAYECTO REGULAR COMERCIAL O CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE COMO PASAJERO EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE NO COMERCIAL.
- o ACCIDENTES O LESIONES PREEXISTENTES, QUE SE HAYAN DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- o ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL SERVICIO DE LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- o HOMICIDIO O SU TENTATIVA, DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL, EXCEPTO LA DESMEMBRACIÓN, FALLECIMIENTO O LESIONES DERIVADAS DEL HURTO EN CUALQUIER VÍA O LUGAR PÚBLICO, O LAS CAUSADAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
- o ENCONTRARSE POR FUERA DE LAS EDADES DE PERMANENCIA O DE INGRESO A LA PÓLIZA

**2.4 ENFERMEDADES GRAVES**

SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO COMO ANTICIPO MÁXIMO EL 60% DE LA SUMA CONTRATADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DEL AMPARO BÁSICO Y DEDUCIBLE DE ESTE, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DETALLAS, POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES PARA EL ASEGURADO.

SI LA COBERTURA ES CONTRATADA COMO SUMA ADICIONAL, SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA CONTRATADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIENDO ESTA MÁXIMO EL 60% DEL AMPARO BÁSICO, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DETALLAS, POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES PARA EL ASEGURADO.

NOTA: SOLO SE PODRÁ SELECCIONAR UNA DE LAS DOS ALTERNATIVAS. LAS

SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SERÁN OBJETO DE COBERTURA:

- A. **INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:** MUERTE O NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO DEBIDA A UNA INTERRUPCIÓN SÚBITA DEL APOORTE SANGUÍNEO AL MIOCARDIO. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER ESTABLECIDO POR UN MÉDICO CERTIFICADO Y DEBE ESTAR APOYADO EN LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:
1. HISTORIAL DE DOLOR TORÁCICO O SÍNTOMAS TÍPICOS DE ISQUEMIA AGUDA.
  2. CAMBIOS CARACTERÍSTICOS DE INFARTO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) Y
  3. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS ESPECÍFICAS DE INFARTO, TROPONINAS U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS.
- B. **CÁNCER:** ENFERMEDAD CON PRESENCIA DE UNO O MÁS TUMORES MALIGNOS, CARACTERIZADA POR CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS INCONTROLABLE E INVASIVO, QUE PUEDE LLEGAR A COMPROMETER OTROS TEJIDOS ADYACENTES O DISTANTES DEL CUERPO.

EL CÁNCER DEBE SER DIAGNOSTICADO Y CONFIRMADO COMO MALIGNO POR UN ONCÓLOGO O PATÓLOGO A TRAVÉS DE ANÁLISIS HISTOLÓGICOS.

SE INCLUYEN: LEUCEMIA, LINFOMA MALIGNO, ENFERMEDAD DE HODGKIN, ENFERMEDADES MALIGNAS DE MÉDULA ÓSEA Y CÁNCER DE PIEL METASTÁSICO.

- C. **ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES:** SE ENTIENDE POR TAL, CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO VASCULAR TRATADO EN UN HOSPITAL QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DUREN MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE INCLUYAN INFARTO DEL TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA Y EMBOLISMO DE UNA FUENTE EXTRA CRANEANA, CON PRUEBAS DE DISYUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE. ESTAS PRUEBAS DEBERÁN SER REALIZADAS Y CONFIRMADAS POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TAC) O EN UNA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL (RMN) COMPATIBLES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO Y QUE PERSISTA AL MENOS DURANTE TRES (3) MESES A CONTAR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.
- D. **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** CONSISTE EN EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, CIRCUNSTANCIA POR LA CUAL DEBE EFECTUARSE REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O QUE EL ASEGURADO SEA CANDIDATO A UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.
- E. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ESTABLECIDO POR UN MÉDICO NEURÓLOGO. DEBEN PRESENTARSE SÍNTOMAS CLÍNICOS DE AFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON EVIDENCIA DE DESMIELINIZACIÓN EN EL CEREBRO O EN LA MÉDULA ESPINAL Y ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA O SENSORIAL, ASÍ COMO HALLAZGOS TÍPICOS DE DESMIELINIZACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA.
- F. **CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BYPASS AORTO-CORONARIO):** SE ENTIENDE COMO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, REALIZADA PARA LA RECUPERACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO, MEDIANTE INJERTOS ARTERIALES Y/O VENOSOS (BY-PASS O PUENTE CORONARIO). DEBE SER PRODUCTO DE LA NECESIDAD EVIDENTE DE CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS.
- G. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** SEGUROS CONFIANZA, CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRICTAMENTE INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS TOTAL, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA QUE UTILICE CÉLULAS PLURI POTENCIALES HEMATOPOYÉTICAS PRECEDIDA DE UNA ABLACIÓN TOTAL MEDULAR QUE PROVENGA DE UN DONANTE VIVO O MUERTO.
- SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS, EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO ÓRGANO, PARTES DE ÓRGANO, TEJIDOS O CÉLULAS.
- EL TRASPLANTE SE ENTIENDE PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA, COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- H. **GRAN QUEMADO:** SE OTORGA LA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL VEINTE POR CIENTO (20%) DE EXTENSIÓN DEL CUERPO Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y PERINÉ.
- I. **GUILLIAN BARRÉ:** PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, CORRESPONDE A UNA POLINEUROPATÍA INFLAMATORIA AGUDA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA, AUTOLIMITADA, DE ORIGEN AUTOINMUNE, CARACTERIZADA POR DEBILIDAD MUSCULAR E HIPOESTESIA DISTAL, DIAGNOSTICADA POR LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA, QUE REQUIERA POR SU GRAVEDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA.
- J. **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA:** LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, O ELA, ES UNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO QUE ATACA A LAS CÉLULAS NERVIOSAS (NEURONAS) QUE ESTÁN EN EL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS NEURONAS TRANSMITEN MENSAJES DESDE EL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL HACIA LOS MÚSCULOS VOLUNTARIOS, LOS QUE USTED PUEDE CONTROLAR, COMO LOS DE LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS. AL PRINCIPIO, CAUSA PROBLEMAS

MUSCULARES LEVES. ALGUNAS PERSONAS NOTAN PROBLEMAS PARA: CAMINAR O CORRER, ESCRIBIR, HABLAR.

**K. ANEMIA APLÁSICA:** SE DEFINE COMO EL TRASTORNO EN EL QUE LAS CÉLULAS DE LA MÉDULA ÓSEA (A PARTIR DE LAS CUALES SE DESARROLLAN LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS MADURAS) ESTÁN DAÑADAS, LO QUE DA LUGAR A UN BAJO RECuento DE GLÓBULOS ROJOS (ERITROCITOS), GLÓBULOS BLANCOS (LEUCOCITOS) Y/O PLAQUETAS (TROMBOCITOS). EL MEDICO DEBERÁ CERTIFICAR EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CON BASE EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES, UN EXAMEN FÍSICO, Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CORRESPONDIENTES (ANÁLISIS DE SANGRE Y BIOPSIA DE LA MEDULA ÓSEA).

**L. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO, TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

**M. ENFERMEDAD DE PARKINSON:**

DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

**N. ESTADO DE COMA:**

ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERIODO DE AL MENOS 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.  
EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

**O. TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:**

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TESTS NEURORADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO). EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA LAS SIGUIENTES:

BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

EN CASO DE QUE EXISTA CONCOMITANCIA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS SE DARÁ COBERTURA ÚNICAMENTE A LA DE MAYOR SEVERIDAD ES DECIR NO SON ACUMULATIVAS.

**CÁNCER IN SITU:**

SEGUROS CONFIANZA S.A. PAGARÁ EL PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO LA ETAPA TN0M0, CON EL LÍMITE MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

TODO VALOR INDEMNIZADO POR ESTA COBERTURA SERÁ DEDUCIDO DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

SEGUROS CONFIANZA S.A. PAGARÁ EL 100 % DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO LA ETAPA II, III O IV, DEDUCIENDO CUALQUIER PAGO QUE SE HAYA REALIZADO ANTERIORMENTE POR ESTA COBERTURA.

**2.4.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

COBERTURA	ENFERMEDADES GRAVES
EDAD MINIMA DE INGRESO	14 ANOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	64 ANOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	65 ANOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

COBERTURA	ENFERMEDADES GRAVES
EDAD MINIMA DE INGRESO	18 ANOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	64 ANOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	65 ANOS Y 364 DIAS

**2.4.2 EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:**

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE O QUE ESTÉN RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- QUE TENGA COMO CAUSA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD O PATOLOGÍA, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS PREEXISTENTES Y/O LESIONES, QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS O SEAN MANIFIESTAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA O DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS DESDE LA FECHA DE INICIO DE ESTA.
- ENFERMEDADES DEBIDO A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENOS, POR ALCOHOLISMO O ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
- TRASPLANTE DE ÓRGANOS COMO DONANTE.
- ANGIOPLASTIA O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL.
- FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL Y COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR.
- BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS MISMAS.
- FALLA O INSUFICIENCIA RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA LUEGO DE ALGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENCONTRARSE POR FUERA DE LAS EDADES DE PERMANENCIA O DE INGRESO A LA PÓLIZA.

## **2.5 AUXILIOS HOSPITALARIOS**

### **2.5.1 AUXILIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA RECLUIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O CLÍNICA LEGALMENTE APROBADO(A) POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA. LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL PRIMER DÍA EN CASO DE ACCIDENTE Y DESDE EL SEGUNDO DÍA PARA ENFERMEDAD, CUBRIRÁ UN MÁXIMO DE 30 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA, POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO HOSPITALIZACIÓN CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN LA HABITACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, NO SON CONSIDERADOS COMO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, LOS CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO, LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

### **2.5.2 AUXILIO ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA RECLUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O CLÍNICA LEGALMENTE APROBADO(A) POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA. LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGA HASTA UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA, POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO HOSPITALIZACIÓN CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN UNA HABITACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS.

**2.5.3 AUXILIO POST- HOSPITALARIO**

TRAS HABER PERMANECIDO EL ASEGURADO RECLUIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O CLÍNICA LEGALMENTE APROBADO(A) POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN HABITACIÓN EN PISO, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS, QUEDANDO INCAPACITADO, EN FORMA TOTAL TEMPORAL PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SUS LABORES HABITUALES, SEGUROS CONFIANZA INDEMNIZARÁ EL BENEFICIO DIARIO CONTRATADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD DOMICILIARIA DECRETADA POR EL MÉDICO TRATANTE, DESDE EL TERCER DÍA Y SIN EXCEDER DE DIEZ (10) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO, MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LA HAYAN OCASIONADO SE PRODUZCA TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

**2.5.4 AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA:**

SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA, TENIENDO EN CUENTA LA SIGUIENTE DEFINICIÓN:

CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA: PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA QUE NO REQUIEREN DE USO DE QUIRÓFANO Y QUE SE REALIZAN EN SALAS DE URGENCIAS O EN CONSULTORIO, TALES COMO ESGUINCES, FRACTURAS ÓSEAS SIMPLES QUE REQUIERAN INMOVILIZACIÓN Y VENDAJE Y CUYA REDUCCIÓN NO AFECTA EL USO DEL QUIRÓFANO.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LA HAYAN OCASIONADO SE PRODUZCA TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA Y MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

LA PRESENTE COBERTURA NO TIENE DEDUCIBLE.

PARA ESTA COBERTURA NO APLICA RENTA DIARIA POST- HOSPITALARIA

**2.5.5 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA AUXILIOS HOSPITALARIOS**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE LOS AUXILIOS HOSPITALARIOS. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

COBERTURA	AUXILIOS HOSPITALARIOS
EDAD MINIMA DE INGRESO	14 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	64 AÑOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	65 AÑOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COBERTURA	AUXILIOS HOSPITALARIOS
EDAD MINIMA DE INGRESO	18 ANOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	64 ANOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	65 ANOS Y 364 DIAS

### 2.5.6 EXCLUSIONES DE AUXILIOS HOSPITALARIOS:

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE CUANDO LA INCAPACIDAD TEMPORAL O LA HOSPITALIZACIÓN TENGAN ORIGEN O RELACIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON:

- QUE TENGA COMO CAUSA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD O PATOLOGÍA, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O LESIONES PREEXISTENTES, QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- EXÁMENES MÉDICOS DE CHEQUEO O TAMIZAJE, TRATAMIENTOS POR OBESIDAD O ADELGAZAMIENTO.
- TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD, ESTERILIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR O RELACIONADOS CON ABORTOS PROVOCADOS INTENCIONALMENTE Y HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO Y LICENCIAS POR MATERNIDAD.
- LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN DEPORTES Y/O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL O COMO AFICIONADO DE LOS DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS O EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS O LOS ACCIDENTES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL. LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS.
- FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO, PILOTOS DE FUMIGACIÓN, PILOTOS Y/O MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SERVICIO DE LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS, DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL, VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA
- TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ESTADOS DE DEMENCIA, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NEURVOSA, NEUROSIS, PSICOSIS, CURA DE REPOSO, DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O ALCOHOLISMO, CUALESQUIERA QUE FUESEN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTO DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
- CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
- ENCONTRARSE POR FUERA DE LAS EDADES DE PERMANENCIA O DE INGRESO A LA PÓLIZA

**2.6 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

TRAS HABER PERMANECIDO EL ASEGURADO RECLUIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O CLÍNICA LEGALMENTE APROBADO(A) POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN HABITACIÓN EN PISO, POR UN PERIODO MÍNIMO DE VEINTICUATRO (24) HORAS, QUEDANDO INCAPACITADO, EN FORMA TOTAL, TEMPORAL PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SUS LABORES HABITUALES, SEGUROS CONFIANZAS.A. INDEMNIZARÁ EL BENEFICIO DIARIO CONTRATADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD DOMICILIARIA DECRETADA POR EL MÉDICO TRATANTE, DESDE EL TERCER DÍA Y SIN EXCEDER DE DIEZ (10) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO, MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA POR ASEGURADO. EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LA HAYAN OCASIONADO SE PRODUZCA TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA.

**2.6.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO EXEQUIAL. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

COBERTURA	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
EDAD MINIMA DE INGRESO	14 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	74 AÑOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	80 AÑOS Y 364 DIAS

**2.6.2 EXCLUSIONES INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, EN LO PERTINENTE SE LE APLICARAN LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y ADICIONALMENTE NO TENDRÁ COBERTURA POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA.

- ACTO DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, DECLARADA O NO DECLARADA, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN HUELGAS O MANIFESTACIONES CALLEJERAS DE CUALQUIER CLASE.
- EL USO DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.
- ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE INICIEN U OCURRAN MIENTRAS EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO ESTÉ SUSPENDIDO TEMPORALMENTE O MIENTRAS LA EMPRESA SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN DE PARO LABORAL, HUELGA O CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ HACIENDO USO DE UN PERÍODO DE LICENCIA, REMUNERADO O NO REMUNERADO, EXCEPTO EN EL CASO QUE LA LICENCIA REMUNERADA HAYA SIDO OTORGADA POR EL EMPLEADOR PARA QUE EL TRABAJADOR SE CAPACITE O ENTRENE.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- o ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES SEGÚN LA DEFINICIÓN INCLUIDA EN LA PÓLIZA, PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O CRÓNICOS, LAS COMPLICACIONES DEBIDAS A TRANSPLANTES DE ÓRGANOS, CIRUGÍAS O ACTIVIDADES MÉDICAS O NO MÉDICAS EXPERIMENTALES, ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN
- o DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA O LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS; EL CÁNCER DE TODO TIPO O LAS ENFERMEDADES MENTALES O EPISODIOS PSICÓTICOS.
- o EMBARAZO, ALUMBRAMIENTO, ABORTO VOLUNTARIO O NO, NI LAS COMPLICACIONES DE TALES EVENTOS. TRATAMIENTOS O CURAS DE REPOSO, DE INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, INMUNIZACIONES, REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE GÉNERO O PARA MEJORAR LA FUNCIÓN SEXUAL.
- o CHEQUEOS O DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, TRATAMIENTOS COSMÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS O CUALQUIER COMPLICACIÓN RESULTANTE DE ESTOS, LOS EVENTOS QUIRÚRGICOS O TRATAMIENTOS ELECTIVOS O AQUELLOS EVENTOS QUIRÚRGICOS VOLUNTARIOS NO RECONSTRUCTIVOS.
- o LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑAS O EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO TIPIFICADO POR LA LEY PENAL O MIENTRAS SE ENCUENTRE DEDICADO A CUALQUIER OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ILEGAL.
- o LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO.

**2.7 AUXILIO EXEQUIAL:**

SEGUROS CONFIANZA, PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO E INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO, EN EL EVENTO EN QUE OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR A LOS GASTOS FUNERARIOS.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA.

**2.7.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA AUXILIO EXEQUIAL**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO EXEQUIAL. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

COBERTURA	AUXILIO EXEQUIAL
EDAD MINIMA DE INGRESO	14 ANOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	74 ANOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	80 ANOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO EXEQUIAL. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

COBERTURA	AUXILIO EXEQUIAL
EDAD MINIMA DE INGRESO	18 ANOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO	74 ANOS Y 364 DIAS
PERMANENCIA	HASTA LA CANCELACIÓN DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**2.8 AUXILIO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:**

SEGUROS CONFIANZA REEMBOLSARÁ COMO UN AUXILIO HASTA EL MONTO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LOS GASTOS MÉDICOS QUE INCURRA EL ASEGURADO EN MEDICAMENTOS, ELEMENTOS DE CURACIÓN, DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA, HOSPITALIZACIÓN, HONORARIOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS, ANESTESIA, EXÁMENES DE LABORATORIO, TRANSFUSIONES DE SANGRE, RAYOS X, SERVICIOS DE ENFERMERÍA, AMBULANCIAS, GASTOS DE FISIOTERAPIA, ENTRE OTROS, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

EL PRESENTE AMPARO CONTEMPLA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- o QUE EL ACCIDENTE HUBIERE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- o EL MÉDICO O CIRUJANO QUE LO ATIENDA DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- o LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCACIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- o LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE, (APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DEPENDENCIA ANTE EL INVIMA)
- o LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS ORIGINALES.

EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO SE RESTABLECERÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN, HASTA MÁXIMO TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

**2.8.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO POR GASTOS MÉDICOS. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>GASTOS MEDICOS</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	64 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	65 ANOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO POR GASTOS MÉDICOS. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

<b>COBERTURA</b>	<b>GASTOS MEDICOS</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	64 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	65 ANOS Y 364 DIAS

**2.8.3 EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:**

ESTE AMPARO NO CUBRE LOS GASTOS MÉDICOS OCACIONADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

- LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN DEPORTES Y/O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL O COMO AFICIONADO DE LOS DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS O EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS O LOS ACCIDENTES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL ACCIDENTE.
- GUERRA, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL. LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ACTOS TERRORISTAS.
- FISIÓN Y FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PILOTOS DE FUMIGACIÓN, PILOTOS Y/O MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN DE AEROLÍNEAS PRIVADAS O QUE NO REALICEN VUELOS CON TRAYECTO REGULAR COMERCIAL O CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE COMO PASAJERO EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE NO COMERCIAL.
- ACCIDENTES O LESIONES PREEXISTENTES, QUE SE HAYAN DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
- ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL SERVICIO DE LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.
- HOMICIDIO O SU TENTATIVA, DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL, EXCEPTO LAS LESIONES DERIVADAS DEL HURTO EN CUALQUIER VÍA O LUGAR PÚBLICO, O LAS CAUSADAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
- LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO NERVIOSA, NEUROSIS, PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO.
- LOS GASTOS MÉDICOS GENERADOS DESPUÉS DE LOS 100 DÍAS DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.
- DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- ENCONTRARSE POR FUERA DE LAS EDADES DE PERMANENCIA O DE INGRESO A LA PÓLIZA

## **2.9 AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO:**

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO, SEGUROS CONFIANZA, PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO E INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA.

### **2.9.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA EL AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO:**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	74 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	80 AÑOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO ADICIONAL POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	74 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	HASTA LA CANCELACIÓN DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

**2.10 AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SEGUROS CONFIANZA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO E INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

**2.10.2 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA EL AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO:**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	65 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	70 AÑOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 AÑOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	65 AÑOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	70 AÑOS Y 364 DIAS

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
VIGILADO

G

**3.0 AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD:**

SEGUROS CONFIANZA, PAGARÁ A LOS(AS) ASEGURADOS(AS) PRINCIPALES UN AUXILIO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD (DE ACUERDO A LAS CONDICIONES PACTADAS EN LA PÓLIZA) POR UN HIJO O VARIOS HIJOS (ALUMBRAMIENTO MÚLTIPLE) NACIDOS VIVOS O UN HIJO ADOPTADO O ADOPCIÓN MÚLTIPLE, SIEMPRE Y CUANDO LA CONCEPCIÓN DEL EMBARAZO O LA FORMALIZACIÓN LEGAL DE LA ADOPCIÓN SE HAYA DADO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO(A) AL PRESENTE AMPARO Y SE EFECTÚE EL ALUMBRAMIENTO O LA ADOPCIÓN LEGAL DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

ESTA COBERTURA APLICA POR UNA ÚNICA VEZ, POR ASEGURADO, POR VIGENCIA.

**3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	49 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	50 ANOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	49 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	50 ANOS Y 364 DIAS

**4.0 AUXILIO DE REPATRIACIÓN:**

EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO FALLEZCA EN UN PAÍS DIFERENTE A SU PAÍS DE ORIGEN, SEGUROS CONFIANZA, PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS DE LA REPATRIACIÓN EN LOS QUE SE HAYA INCURRIDO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO COMO AUXILIO POR REPATRIACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA SURTIDO EL TRÁMITE DE REPATRIACIÓN DEL CUERPO O DE CENIZAS; NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA NO ASUMIRÁ LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA CREMACIÓN DEL CUERPO, NI LA RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA.

**5.0 AUXILIO DE TRASLADO DEL CUERPO:**

EN CASO DE FALLECIMIENTO ASEGURADO, SEGUROS CONFIANZA, RECONOCERÁ UN AUXILIO PARA EL TRASLADO DEL CUERPO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO COMO AUXILIO POR TRASLADO, HASTA EL SITIO HABITUAL DE RESIDENCIA DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA SURTIDO ESTE TRÁMITE; NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA NO ASUME RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DEL TRASLADO DEL CUERPO.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**5.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA AUXILIO DE REPATRIACIÓN Y/O TRASLADO DEL CUERPO**

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO DE REPATRIACIÓN Y/O TRASLADO DEL CUERPO. SEGURO DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVO Y NO CONTRIBUTIVO

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	14 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	64 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	70 ANOS Y 364 DIAS

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AUXILIO DE REPATRIACIÓN Y/O TRASLADO DEL CUERPO. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

<b>COBERTURA</b>	<b>AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD</b>
<b>EDAD MINIMA DE INGRESO</b>	18 ANOS
<b>EDAD MAXIMA DE INGRESO</b>	64 ANOS Y 364 DIAS
<b>PERMANENCIA</b>	70 ANOS Y 364 DIAS

**CLÁUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES:**

1. **Tomador:** se entiende por tomador la persona natural o jurídica que contrata el seguro, y es responsable del pago de las primas
2. **asegurador:** es la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada con arreglo a las leyes y reglamentos, en este caso seguros confianza.
3. **Beneficiario:** persona o personas a quien el asegurado reconoce el derecho a percibir el pago del valor contratado en la póliza en la cuantía y/o porcentaje en que se designe. El beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado, o a título oneroso.
4. **Asegurado:** persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro y quién deberá aceptar expresamente el mismo.
5. **Grupo asegurable:** es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.
6. **Cálculo de la prima:** la prima se calcula con base en la nota técnica de la póliza y bajo los parámetros técnicos fijados por la superintendencia financiera, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, amparos adicionales contratados, su estado de salud, el monto asegurado individual y la ocupación individual de sus integrantes.
7. **Pérdida:** Se entiende por pérdida la inhabilitación por pérdida funcional total o definitiva de un miembro, para efectos de este clausulado se hace referencia a
8. **8. Manos:** amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación radiocarpiana.
9. **Pies:** amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación tibiotarsiana.
10. **Ojos:** la pérdida total e irreparable de la visión.
11. **Audición:** pérdida total e irreparable de la audición por ambos oídos.
12. **Habla:** pérdida total e irreparable del habla

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Cláusula tercera. Vigencia de la póliza:**

Esta póliza tendrá una vigencia a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

Parágrafo: cuando la duración de la conformación del grupo asegurable sea inferior a un (1) año, pero superior a un (1) mes, se podrá expedir la póliza con una vigencia menor a un año, cobrándose la prima a prorrata por los días de vigencia de la cobertura.

**Cláusula cuarta. Modalidad del seguro:**

Seguros confianza, ofrecerá inicialmente las siguientes modalidades de seguro de vida grupo:

**Vida grupo contributivo:** cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los integrantes del grupo asegurado

**Vida grupo no contributivo:** cuando la totalidad de la prima sea sufragada por el tomador del seguro.

**Vida grupo deudores:** es aquel cuyo objeto consiste en la protección contra los riesgos de fallecimiento e incapacidad total y permanente a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo este en todos los casos la calidad de tomador.

**Cláusula quinta. Requisitos de asegurabilidad:**

Todo solicitante de seguro debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que señale seguros confianza según los parámetros técnicos establecidos

**Requisitos de asegurabilidad en SMMLV  
Para asegurados hasta 59 años**

SUMA ASEGURADA		ASEGURADOS CON EDAD HASTA 59 AÑOS
<b>A</b>	Hasta 346 SMMLV	Solicitud Individual
<b>B</b>	De 346 SMMLV a 482 SMMLV	Solicitud Individual Examen Médico General Análisis de Orina (Completo)
<b>C</b>	Superior a 482 SMMLV	Solicitud Individual Examen Médico General Análisis de Orina (Completo) Hemograma Glicemia Creatinina Colesterol Total Triglicéridos Transaminasas Electrocardiograma en Reposo

(SMMLV) Salario mínimo mensual legal vigente al momento de solicitar la póliza

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Requisitos de asegurabilidad en SMMLV  
Para asegurados de 60 años a 74 años**

<b>SUMA ASEGURADA</b>	<b>ASEGURADOS CON EDAD DE 60 AÑOS A 74 AÑOS</b>
<b>Hasta 60 SMMLV</b>	Solicitud Individual
<b>De 60 SMMLV a 100 SMMLV</b>	Solicitud Individual Examen Médico General Análisis de Orina (Completo)
<b>De 100 SMMLV a 150 SMMLV</b>	Solicitud Individual Examen Médico General Análisis de Orina (Completo) Hemograma Glicemia Creatinina Colesterol Total Triglicéridos Transaminasas Electrocardiograma en Reposo

(SMMLV) Salario mínimo mensual legal vigente al momento de solicitar la póliza

Parágrafo: seguros confianza, se reserva el derecho de extraprimar, no otorgar cobertura, aplazar o rechazar los riesgos que estime convenientes y se reserva el derecho a solicitar pruebas complementarias, las cuales estarán a cargo del cliente.

Se entiende por extraprimado, el solicitante que por la agravación de su estado de salud o por su actividad habitual, afición o hábitos, paga una suma adicional de dinero para equilibrar el valor de la prima con los riesgos que no presentan este tipo de agravaciones.

**Cláusula sexta. Valor asegurado individual:**

El valor del seguro de cada persona incluida dentro del grupo asegurable será el pactado y aceptado expresamente por seguros confianza, e indicado en la carátula de la póliza, o en el certificado individual de seguro, o sus renovaciones.

**Cláusula séptima: pago de la prima:**

El valor de la prima y la forma de pago será el indicado en la carátula de la póliza.

El pago de la prima es anual, pero se podrá fraccionar en forma mensual, trimestral o semestral, sin que seguros confianza cobre recargo por fraccionamiento.

Seguros confianza concede sin recargo de interés, un plazo de gracia de (1) un mes a partir de la fecha de cada vencimiento para el pago de las primas durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, seguros confianza tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato de seguro por mora en el pago de la prima y seguros confianza quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

**Cláusula octava. Aviso de siniestro:**

El tomador, asegurado y/o los beneficiarios, según el caso, darán aviso a seguros confianza de la ocurrencia del siniestro dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se hayan conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

**Cláusula novena. Procedimiento en caso de siniestro:**

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1077 del código de comercio, el tomador, asegurado y/o los beneficiarios presentarán las pruebas fehacientes y suficientes que determinen la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con el alcance de cada una de las coberturas, tales como:

**En caso de fallecimiento**

1. Copia de la cédula del asegurado
2. Registro civil de defunción.
3. Certificado de defunción (las dos hojas si las hay)
4. Solicitud de seguro (si la hay)
5. Historia clínica completa del asegurado.
6. Acta de levantamiento de cadáver (en caso de muerte accidental).
7. Resultado de prueba de alcoholemia y psicofármacos.
8. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.
9. Protocolo de necropsia (en caso de muerte accidental).
10. Documentos que prueben la condición de beneficiarios, tales como:
  - Copia documento de identidad para mayores de edad
  - Registro civil de nacimiento para menores de edad
  - Registro de defunción, en caso de que alguno de los beneficiarios designados haya fallecido.
  - Registro civil de matrimonio
11. Declaración extrajuicio cuando no hay designación de beneficiarios; declaración que debe hacer una persona ajena a la familia, indicando al momento del fallecimiento el estado civil, número de hijos matrimoniales y/o extramatrimoniales o adoptivos.
12. Certificación bancaria de cada beneficiario.
13. Sarlaft y finiquito si hay lugar a pago.
14. En caso de repatriación o traslado del cuerpo, se debe remitir factura original.

**En caso de incapacidad total y permanente**

1. Formulario de reclamación en el que conste la causa y la naturaleza del hecho que produjo la incapacidad total y permanente.
2. Copia del documento de identidad del asegurado.
3. Historia clínica completa.
4. Dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez, o la que designe la compañía.
5. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
6. Sarlaft y finiquito si hay lugar a pago

**En caso de enfermedades graves**

1. Copia del documento de identidad del asegurado.
2. Historia clínica completa.
3. Exámenes de diagnóstico de patología
4. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
5. Sarlaft y finiquito si hay lugar a pago

**En caso de auxilios hospitalarios**

1. Copia del documento de identidad del asegurado.
2. Historia clínica completa del asegurado y certificación médica del facultativo que atendió al asegurado mediante la cual se evidencien el número de días de hospitalización y el número de días de incapacidad emitida por la EPS.
3. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.

**En caso de Incapacidad total temporal**

1. Copia del documento de identidad del asegurado.
2. Historia clínica completa del asegurado y certificación médica del facultativo que atendió al asegurado mediante la cual se evidencien el número de días de hospitalización y el número de días de incapacidad emitida por la EPS.
3. Comprobante y/o certificación de Ingresos
4. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.

**En caso de auxilio de gastos médicos por accidente**

1. Copia del documento de identidad del asegurado.
2. Historia clínica completa del asegurado y certificación médica del facultativo que atendió al asegurado.
3. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
4. Formula médica y facturas originales canceladas.

**En caso de auxilio de maternidad/ paternidad**

1. Copia del documento de identidad del asegurado.
2. Copia registro civil de nacimiento.
3. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.

**Cláusula décima. Trámites para el pago de siniestros:**

En caso de reclamación, el tomador, asegurado y/o beneficiario(s), deberá enviar los documentos necesarios, de acuerdo con la cláusula octava, a cualquier oficina de seguros confianza.

**Clausula décima primera. Pago del siniestro:**

Seguros confianza estará obligada a efectuar el pago del valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza, dentro del mes siguiente a la fecha en que el(os) beneficiario(s) acrediten, aun extrajudicialmente, su derecho ante la compañía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 del código de comercio.

**Cláusula décima segunda. Perdida del derecho a la indemnización:**

El tomador, asegurado y/o el beneficiario(s) en su caso, quedará(n) privado(s) de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

**Conservación del estado del riesgo:**

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a seguros confianza los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1° del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo.

La notificación se hará con antelación no menor de diez días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, seguros confianza podrá exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a seguros confianza a retener la prima no devengada.

Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto en cuanto a los amparos opcionales, a menos de convención en contrario; ni cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

**Cláusula décima tercera. Declaración inexacta o reticente:**

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por seguros confianza. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por seguros confianza, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero seguros confianza sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del código de comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si seguros confianza, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

**Cláusula décima cuarta. Designación de beneficiarios:**

Son las personas designadas por el asegurado y que aparecen en el certificado individual de seguro; si tal designación se hace ineficaz, no se realiza o queda sin efectos, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 1142 del código de comercio.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a seguros confianza.

**Cláusula décima quinta. Deduciones:**

Una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente, el seguro colectivo vida grupo terminará.

Si la póliza tiene contratado el amparo de indemnización adicional por fallecimiento accidental y desmembración, cualquier pago por desmembración, éste se deduce del que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente por accidente. En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por este amparo equivalente al 100% del valor asegurado, quedará cancelado el amparo de incapacidad total y permanente por accidente y el seguro terminará.

En caso tal que la póliza tenga el amparo opcional de enfermedades graves, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de fallecimiento por cualquier causa y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico, así como por el de incapacidad total y permanente.

**Cláusula décima sexta. Terminación del seguro:**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza terminará por cualquiera de las siguientes causas:

1. A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
2. Por el no pago de la prima, vencido el término señalado en la cláusula sexta.
3. Cuando el asegurado revoque por escrito su contrato de seguro, o cuando el tomador revoque por escrito el seguro colectivo vida grupo.  
En tal caso seguros confianza devolverá la prima total no causada ya sea en forma individual cuando el asegurado la revoque o en la totalidad de las primas no causadas por revocación del tomador, sin ningún tipo de descuento.
4. Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.
5. De mutuo acuerdo entre las partes.
6. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia
7. Cuando seguros confianza, indemnice el amparo básico o el de incapacidad total y permanente.
8. Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas.

**Cláusula décima séptima. Formulario de conocimiento del cliente sector asegurador circular básica jurídica - superintendencia financiera:**

El tomador, asegurado y/o beneficiario(s) se comprometen a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en las disposiciones legales vigentes y en particular con lo dispuesto en la parte I del título IV, capítulo IV de la circular básica jurídica de la superintendencia financiera de Colombia. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador/asegurado, este deberá informar tal circunstancia a seguros confianza, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del Sarlaft se entenderá incluida en la presente cláusula.

**Cláusula décima octava. Prescripción:**

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá de conformidad con los términos consagrados en el artículo 1081 del código de comercio.

**Cláusula décima novena. Notificaciones:**

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**Cláusula vigésima. Disposiciones legales:**

Para los demás efectos contemplados en este contrato, las presentes pólizas se regirán por lo estipulado en el código de comercio y demás normas concordantes y complementarias.

**Cláusula vigésima quinta. Derecho de inspección:**

Seguros confianza, se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se requieran para el manejo de la póliza.

**Cláusula vigésima sexta. Autorizaciones para consultar y reportar información financiera a centrales de riesgo:**

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario, autoriza a seguros confianza para que, con fines estadísticos, de información entre compañías, la consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier

**Cláusula vigésima primera. Tratamiento de datos personales:**

Las partes del contrato de seguro se obligan a cumplir con lo establecido en la ley de protección de datos personales (ley 1581 de 2012) y su decreto reglamentario (decreto 1377 de 2013), los cuales regulan la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales, así como también con el decreto 886 de 2014 y demás normas concordantes. Parágrafo. El asegurado y/o beneficiarios autorizan a seguros confianza para realizar el tratamiento de sus datos personales de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la referida ley. Los datos personales objeto de tratamiento serán usados por seguros confianza para los fines descritos en la política para la protección de datos personales de seguros confianza, publicada en la página web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co). Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado se reserva el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar la eliminación de estos en cualquier momento.

**Cláusula vigésima segunda. Domicilio:**

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C., república de Colombia.

**Cláusula vigésima tercera. Renovación:**

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado técnico de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

Seguros confianza, con la debida anticipación le informará al tomador de la póliza y a sus asegurados, los términos o las condiciones de renovación y la fecha fin de la vigencia, con el propósito que el consumidor financiero apruebe o rechace con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, si se realiza o no la renovación, sin perjuicio de lo pactado en la condición tercera de la presente póliza.

**Cláusula vigésima cuarta. Revocación:**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1071 del código de comercio, la presente póliza podrá ser revocada por el tomador o el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a seguros confianza.

Si el tomador revoca la póliza, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado a la fecha de recibo de la comunicación por seguros confianza, o en la fecha que especifique el tomador, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a seguros confianza todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que principia al inicio de la vigencia hasta la fecha de tal revocación.

Seguros confianza devolverá la totalidad de la prima no devengada descontando los cargos de emisión causados, de acuerdo con las políticas establecidas en el manual técnico.

modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

**Cláusula vigésima séptima. Convertibilidad:**

Con excepción de las pólizas de seguro de deudores, los asegurados menores de 70 años y 364 días, que se desvinculen del grupo asegurado, a excepción de que sea por siniestro, después de permanecer en la póliza colectiva de vida grupo confianza por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en un seguro de vida individual, con excepción de los planes temporales o crecientes, sin el cumplimiento de requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan en el amparo básico de la póliza grupo, pero sin conceder ningún amparo o beneficio adicional; siempre y cuando se haya solicitado la convertibilidad, dentro del término de un mes contado a partir de su retiro o desvinculación de la póliza de seguro colectivo vida grupo.

El seguro individual se suscribirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan de la aseguradora con la cual se tenga convenio y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada del asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza colectiva de vida grupo, el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación y la extra prima que corresponda al seguro de vida.

Si el asegurado fallece después de haber solicitado y aprobado dentro del término de un mes contado a partir de su retiro o desvinculación de la póliza de seguros colectivo vida grupo, los términos de cotización de la convertibilidad, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la póliza respectiva, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

**Cláusula vigésima octava. Irreductibilidad:**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato y siempre y cuando se encuentre en vigor, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1161 del código de comercio.

**Cláusula vigésima novena. Inexactitud en la declaración de edad:**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud o declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de la compañía, el contrato quedará sujeto a sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio.
- Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por la compañía, y
- Si es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior

# COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S A



GRANDES CONTRIBUYENTES  
RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS  
NIT 860070374-9

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.

Actividad Económica 6511  
AGENTE DE RETENCIÓN RESPONSABLE INDUSTRIA Y COMERCIO  
AGENTE RETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA

1001 79603



CL 82 11 37 P 7 PXB:601-7414242 Bogotá Colombia  
WWW.CONFIANZA.COM.CO

Autorización de numeración de facturación DIAN  
No. 18764088995780 del 17 de Febrero de 2025  
al 17 de Agosto de 2026 con prefijo 1001 del No.  
64043 al 9000000.

Para pagos ingrese a: [www.confianza.com.co/pagos-confianza](http://www.confianza.com.co/pagos-confianza)

CUFE: 07bd08df25f652fda2c93302d4f6bb7eb488603ae0bd81c10434df929e6f7bc48f4b409e9a2b2fca9f05cf9bcc98213

SEÑORES: CONSEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA  
NIT: 901184118 DV 8  
TELÉFONO: 573142033635  
DIRECCIÓN: CL 6 6 24 P 4  
CIUDAD: FUSAGASUGÁ  
EMAIL: INFO@CONCEJOFUSAGASUGA.GOV.CO

FECHA FACTURA: 06 de Febrero del 2026 a las 06:30 p. m.  
FECHA DE VENCIMIENTO: 08 de Marzo del 2026  
FECHA DE VALIDACIÓN: 06 de Febrero del 2026 a las 06:30 p. m.

METODO DE PAGO: Credito  
MEDIO PAGO: Acuerdo mutuo

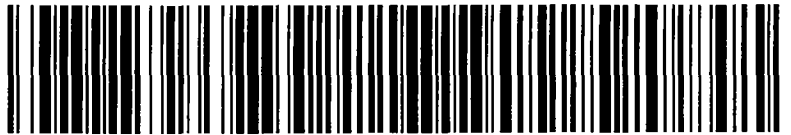
No	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	PÓLIZA Y CERTIFICADO	CANTIDAD	UNIDAD	MONEDA	VALOR UNITARIO	IVA(%)	VALOR IVA	SUBTOTAL	TOTAL
1	60340	VIDA GRUPO	VG002040,VG008809	1,00	póliza de seguros	COP	14.020.926,00	0,00	0,00	14.020.926,00	14.020.926,00
Total Items: 1											

VALOR EN LETRAS: CATORCE MILLONES VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

SUBTOTAL:	14.020.926,00
IVA:	0,00
TOTAL:	14.020.926,00

OBSERVACIONES Según el artículo 1.2.4.9.1 del Decreto único 1625, las primas de seguros no están sometidas a retención en la fuente.

REFERENCIA DE PAGO  
0182008809



(415)770998911901(8020)0182008809

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DIGITAL

ACEPTADO POR



Transfiriendo S.A. Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN NIT 900.032.159-4

2 Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

141145159253



(415)7707212489984(8020) 0000141145159253

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 7 0 3 7 4 | 6. DV 9 | 12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes | 14. Buzón electrónico 3 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona jurídica | 25. Tipo de documento 1 | 26. Número de identificación

Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres

35. Razón social COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S A

36. Nombre comercial | 37. Sigla SEGUROSCONFIANZA S A

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA | 39. Departamento 1 6 9 Bogotá D.C. | 40. Ciudad/Municipio 1 1 Bogotá, D.C. | 52. Número establecimientos 0 0 1

41. Dirección principal CL 82 11 37 P 7

42. Correo electrónico centrodecontacto@confianza.com.co

43. Código postal 5 6 9 6 5 | 44. Teléfono 1 6 0 1 7 4 2 4 0 4 0 | 45. Teléfono 2 3 1 2 3 7 7 4 0 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica | Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
6 5 1 1	1 9 7 9 0 6 0 4						2 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 3 5 7 8 9 1 3 4 1 8 2 6 4 1 4 2 4 8 5 2 5 5 5 9 6 0 6 1

02- Gravamen a los movimientos financieros | 14- Informante de exogena | 55 - Informante de Beneficiarios Finales

03- Impuesto al patrimonio | 18- Precios de transferencia | 59 - Autorretención especial renta

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario | 26- Declaración individual precios de tran | 60 - Autorretención concep rendi Finan vig

07- Retención en la fuente a título de rent | 41- Declaración anual de activos en el exte | 61 - Autorretención concep comisiones vig

08- Retención timbre nacional | 42- Obligado a llevar contabilidad

09- Retención en la fuente en el impuesto | 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

13- Gran contribuyente | 52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI  NO

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA RODRIGUEZ MARIA JUANA  
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado



**KPMG S.A.S.**  
Calle 90 No. 19c - 74  
Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono +57 (601) 618 8000  
+57 (601) 618 8100  
[www.kpmg.com/co](http://www.kpmg.com/co)

**AUDFINBOG-CER2025-30695**

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE  
COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA  
NIT. 860.070.374-9,**

**CERTIFICA QUE:**

De acuerdo con registros contables y las planillas de aportes parafiscales la Compañía efectuó el pago en los plazos otorgados por la ley en relación con las siguientes obligaciones:

- Las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradora de Riesgos Laborales "ARL", Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y las Entidades Promotoras de Salud, correspondientes a los últimos seis (6) meses contados desde el 1 de junio del 2025 al 31 de noviembre del 2025.

En cumplimiento del artículo 2, de la Ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los diez (10) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025), por solicitud de la administración de Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza, de acuerdo con lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

**SEBASTIAN** Digitally signed  
by **SEBASTIAN**  
**N** **BENITEZ**  
**BENITEZ** **CORDERO**  
Date: 2025.12.10  
**CORDERO** 12:44:38 -05'00'

Sebastián Benítez Cordero  
Revisor Fiscal de Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza  
T.P. 177039 – T  
Miembro de KPMG S.A.S.

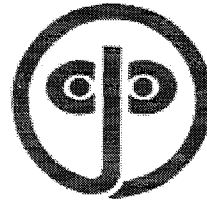
**KPMG Confidencial**

© 2025 KPMG S.A.S. sociedad colombiana por acciones simplificadas, adscrita a la organización global de Firms miembro independientes de KPMG International Limited, una entidad inglesa privada limitada por garantía. Todos los derechos reservados.

**KPMG S.A.S.**  
Nit.: 860.030.846-4

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



Certificado No:

9 1 5 7 7 2 8 0 4 5 7 0 5 2 0 9

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO  
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL  
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:  
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **SEBASTIAN BENITEZ CORDERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1101686975 de SOCORRO (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 177039-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

  
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO  
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web [www.jcc.gov.co](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado

República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES  
- TARJETA PROFESIONAL  
DE CONTADOR PÚBLICO

177039-T

SEBASTIAN  
BENITEZ CORDERO  
C.C. 1101686975  
RESOLUCION INSCRIPCION 132  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
PRESIDENTE

FECHA 11/04/2013




*Luis Eduardo Forero Vargas*  
LUIS EDUARDO FORERO VARGAS 188597

105604

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como  
CONTADOR PÚBLICO de acuerdo con lo establecido en  
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse  
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de  
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



www.jccda.com

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CECULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.101.686.975**  
**BENITEZ CORDERO**  
 APELLIDOS  
**SEBASTIAN**  
 NOMBRES  
  
 DE  
**COLOMBIA**




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1989**

**SOCORRO**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**14-MAY-2007 SOCORRO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Sebastian Benitez*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ANGEL BANCHER TUMES



A-1500150-00363995-M-1101088975-20120303 0029409590A 1 1071745306

# Certificado Bancario

Martes, 13 de enero de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CIA ASEGURADORA DE FIANZAS SA identificado(a) con NIT 860070374, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	16722270105	2005/05/20	ACTIVA



**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

	<b>CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ</b>	Código:	
	<b>PROCESO FINANCIERO</b>	Versión:	
		Página: 1 de 1	

**COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR No. COM-2026020004**

Nit: 901184118-8

Tuesday, 10 de February de 2026

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

<b>NOMBRE</b>	COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.	<b>CC o NIT</b>	860070374	<b>DV</b>	9
<b>DIRECCION</b>	CL 82 11 37 P 7	<b>TEL</b>	6016444690		
<b>DESCRIPCION</b>	LIQUIDACIÓN CONTRATO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO PARA LOS CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ VIGENCIA 2026				

**2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
51030101	SEGUROS DE VIDA	14,020,926.00	00.00
24902801	SEGUROS COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.	00.00	13,740,507.00
24403501	ESTAMPILLA PROCULTURA (60%) FOMENTO	00.00	168,251.00
24403502	ESTAMPILLA PROCULTURA (10%) SEGURIDAD SOCIAL	00.00	28,042.00
24403503	ESTAMPILLA PROCULTURA (20%) FONDO DE PENSIONES	00.00	56,084.00
24403504	ESTAMPILLA PROCULTURA (10%) BIBLIOTECAS	00.00	28,042.00
<b>SUMAS IGUALES</b>		<b>14,020,926.00</b>	<b>14,020,926.00</b>
<b>Documento</b>	<b>AGO ELECTRONIC</b>	<b>Valor a Girar</b>	<b>13,740,507.00</b>

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA**



CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2026010008	2026020001	2.1.2.02.02.007.18.1.2.1.0.00	Servicios financieros y servicios conexos, servicios inmobiliarios y servicios de leasing. FUENTE: 1.2.1.0.00-INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA	14,020,926.00

**TOTAL PRESUPUESTO**

**14,020,926.00**

CONCEJO  
Elaboró

Modificó

	<b>CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ</b>		Código:	
	<b>PROCESO FINANCIERO</b>		Versión:	
			Página: 1 de 1	

## COMPROBANTE DE EGRESOS Nro: EGR - 2026020004

Nit: 901184118-8

Tuesday, 10 de February de 2026

<b>COMPROBANTE AFECTADO</b>	COM	2026020004	10-Feb-26
-----------------------------	-----	------------	-----------

<b>1. DATOS DEL BENEFICIARIO</b>				
NOMBRE	COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.	CC o NIT	860070374	DV 9
DIRECCION	CL 82 11 37 P 7	TELEFONO	6016444690	
BANCO	Bancolombia	CUENTA	16722270105	TIPO CUENTA
CHEQUE No	PAGO ELECTRONICO	VALOR PAGO	13,740,507.00	CTA CTE

**DESCRIPCION**  
LIQUIDACION CONTRATO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO PARA LOS CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ VIGENCIA 2026

**SON** TRECE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS SIETE PESOS MC.

2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE					RETENCIONES		
CUENTA	RUBRO PPTAL	NOMBRE	DEBITOS	CREDITOS	TIPO	BASE	%
11100501		CUENTA CORRIENTE	00.00	13,740,507.00			
24902801 860070374_001	2.1.2.02.02.007	SEGUROS COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.	13,740,507.00	00.00			
<b>SUMAS IGUALES</b>			<b>13,740,507.00</b>	<b>13,740,507.00</b>			

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA						
CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR	
2026010008	2026020001	2.1.2.02.02.007.18.1.2.1.0.00	Servicios financieros y servicios conexos, servicios inmobiliarios y servicios de leasing. FUENTE: 1.2.1.0.00-INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION	CONCEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA	14,020,926.00	

**TOTAL PRESUPUESTO** **14,020,926.00**

Elaboró CONCEJO Aprobo:  <hr/> PRESIDENTE CONCEJO MUNICIPAL	Modifico: Reviso:  <hr/> TESORERO Área Financiera	<b>Firma y Sello Beneficiario</b> <b>SOPORTE</b> <b>TRANSFERENCIA</b> <b>ADJUNTO</b>  c.c ó Nit
--	--	--

**Pago PSE**

**Resultado de su transacción**

**Estado**  
Aprobado

**Valor del pago**  
\$ 13.740.507,00

**Número de aprobación**  
00798538

**Motivo**  
Cartera en Pesos

**Fecha del pago**  
10/02/2026

**Referencia 1**  
186.81.146.180

**Hora del pago**  
11:35 AM

**Referencia 2**  
NIT

**Número de producto origen**  
\*\*\*\*\*8192

**Referencia 3**  
9011841188

**Destino del pago**  
Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.  
Confianza S.A.

**Código único CUS**  
51798538



CONFIANZA

Swiss Re  
Corporate Solutions

RECIBO DE CAJA MEDIOS ELECTRONICOS

RECIBO DE CAJA N° 291807

FECHA 10/02/2026 SUCURSAL

RECIBIDO DE: CONSEJO MUNICIPAL DE FUSAGASUGA IDENTIFICACION 9011841188

LA SUMA DE: TRECE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS SIETE PESOS COLOMBIANOS VALOR \$ \$ 13,740,507.00

POR CONCEPTO DE: VG002040 VG008809

Forma de Pago	Moneda	Plaza	Nro. Doc	Banco	Valor
TRANSACCION PSE	PESOS		156052914	1051-BANCO	\$ 13.740.507.00

Compañía Intermediaria de Valores S.A.  
CONFIANZA  
EST. 13660-0700-27-4-0

CPAGOS

ELABORADO

RECIBIDO

ORIGINAL CUENTE