



FORMATO INFORME DE SUPERVISOR

Código: GJC22F

Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ identificado con C.C. 32732488

Fecha de Diligenciamiento: 2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

Nº CONTRATO: CD20260572 RP: 443 CDP: 2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 6.600.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 3.300.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-01-14 FECHA DE FINALIZACION: 2026-02-28

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES: C.G.

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP ADICION: N/A RP ADICION: N/A VALOR CONTRATO CON ADICION: 0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- 1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor, doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

[Handwritten signature]

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906

UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES

ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ

32732488

KRA 66 #46-45

3012986632

ZULMADIAZMARTINEZ@HOTMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ		
DOCUMENTO:	32732488		
DIRECCION:	KRA 66 #46-45	TELÉFONO:	3012986632
CORREO ELECTRONICO:	ZULMADIAZMARTINEZ@HOTMAIL.COM		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomare costos y deducciones.			

### DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260572						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	443	GDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-14	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	6.600.000,00	VALOR A PAGAR:	3.300.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100080029		
GDP ADICION:	N/A	RP ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA

ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ

C.C. 32732488 expedida en BARRANQUILLA



# ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F  
VERSIÓN: 002  
FECHA DE ÚLTIMA  
REVISIÓN: 09/1/2025  
PÁGINA: 1 de 1

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260572 DE 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260572
NOMBRE DEL CONTRATANTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ
NO. DE IDENTIDAD	32732488
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$6.600.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s) por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.300.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder el 28/02/2026
GDP	2
RP	443
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Entre los suscritos, a saber, por una parte, **LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1098642335, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTÍFICA**, quien actúa como **SUPERVISOR** del Contrato No. CD20260572 de 2026, y, por otra parte, **ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 32.732.488, en calidad de **CONTRATISTA**, quienes se reúnen para **DAR INICIO** al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia de lo anterior, se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el 14/01/2026

SUPERVISOR

  
**LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO**  
SUBGERENTE CIENTÍFICA

Proyecto: Silena Sandoval López  
Abogada Contratista, Subg. Científica

CONTRATISTA

  
**ZULMA DIAZ DIAZ MARTINEZ**



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC23F  
VERSION: 003  
FECHA DE ULTIMA REVISION:  
22/08/2024  
PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

ZULMA ISABEL DIAZ MARTINEZ

CON C.C N° 32.732.488

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL PROGRAMA BANCO DE LECHE HUMANA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.:

CD20260572

DE FECHA INICIO:

14/01/2026

ITEM

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

1	Apoyar en la realización del diagnóstico de conformación de la red de apoyo con los diferentes actores para la implementación de las diferentes Estrategias en las comunidades.
2	Participar en los talleres, charlas y capacitaciones a los clientes internos y externos relacionados con dicha estrategia.
3	Apoyar en el proceso de auto apreciación, seguimiento y certificación de la estrategia.
4	Realizar recolección de datos necesarios para la aplicación de los indicadores de la estrategia.
5	Atender y orientar a las personas en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.
6	Asistir a las capacitaciones programadas en la Institución para fomentar la actualización de sus conocimientos, habilidades y destrezas.
7	Apoyar en la implementación de las Estrategias Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral - IAMII y articular en el programa Banco de Leche Humana.
8	Apoyo en la educación en lactancia materna en todas las áreas de la Institución.
9	Apoyo administrativo en la consecución de información en las áreas de la Institución.
10	Reportar los diferentes eventos e incidentes que ocurran en las diferentes estrategias.
11	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
12	Promover en el servicio la cultura de los valores, humanización y principios éticos
13	Ejercer las demás actividades que determine el supervisor que se deriven de las necesidades de la E.S.E. HUIJB.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4635699589	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	26/01/2026	178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	26/01/2026	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	26/01/2026	34.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el Informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	32.732.488



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



PÓLIZA 802085846  
 CERTIFICADO RM28017  
 REFERENCIA PAGO 0900379085  
 ELECTRONICO DD MM AAAA  
 FECHA EXPEDICION: 13 01 2026

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: JFERNANDEZ1 TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

TOMADOR DIAZ MARTINEZ ZULMA ISABEL C.C. O NIT: 32732488-8  
 DIRECCIÓN: CR 66 46 45 CIUDAD: SANTA MARTA  
 E-MAIL: ZULMADIAZMARTINEZ@HOTMAIL.COM TELÉFONO: 4338577  
 ASEGURADO: DIAZ MARTINEZ ZULMA ISABEL C.C. O NIT: 32732488-8  
 DIRECCIÓN: CR 66 46 45 CIUDAD: SANTA MARTA TEL 4338577  
 BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. O NIT: 0000000000  
 DIRECCIÓN: CIUDAD: TEL

VIGENCIA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
DESDE	28	01	HASTA	28	01			2027
						350,181,000.00		

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	MI GESTION EN SEGUROS Y CONSULTORIAS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						TOTAL		208,358.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	28-01-2026	28-01-2027	0.00	350,181,000.00	175,091.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	28-01-2026	28-01-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	28-01-2026	28-01-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	28-01-2026	28-01-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	1.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	28-01-2026	28-01-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	1.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA.  
 MODALIDAD SISTEMA BASE DE OCURRENCIA.

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

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA 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 LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACERLO MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARRREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTECIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. \*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-IVA.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-0001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04



*[Handwritten Signature]*  
 María Victoria Herrera Rodríguez  
 C.C. 82426158

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01 DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE ORIGINAL ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



Página 2/2  
**PÓLIZA** 802085846  
**CERTIFICADO** RM28017  
**REFERENCIA PAGO** 0900379085  
**ELECTRONICO** DD MM AAAA  
**FECHA EXPEDICION:** 13 01 2026

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: JFERNANDEZ1 TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

TOMADOR: DIAZ MARTINEZ ZULMA ISABEL		C.C. O'NIT: 32732488		8	
DIRECCIÓN: CR 66 46 45		CIUDAD: SANTA MARTA			
E-MAIL: ZULMADIAZMARTINEZ@HOTMAIL.COM		TELÉFONO: 4338577			
ASEGURADO: DIAZ MARTINEZ ZULMA ISABEL		C.C. O'NIT: 32732488			
DIRECCIÓN: CR 66 46 45		CIUDAD: SANTA MARTA		TEL: 4338577	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O'NIT: 0000000000			
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TEL:	
VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESD E		HASTA		NUEVA	
DD MM AAAA		DD MM AAAA		350,181,000.00	
28 01 2026		28 01 2027			
ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN			
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100.00	MJ GESTION EN SEGUROS Y CONSULTORIAS LTDA				
TRM:	MONEDA	VALORES			
PRIMA NETA	PESOS	175,091.00			
CARGOS DE EMISION	PESOS	0.00			
IVA	PESOS	33,267.00			
TOTAL		208,358.00			

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

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. 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 LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY, CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES, LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

DE COLOMBIA



*Maria Jesus Herrera Rodriguez*  
 MARIA JESUS HERRERA RODRIGUEZ  
 C.C. 92.420.1964

TOMADOR: \_\_\_\_\_ COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-PO-10-01 DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE ORIGINAL ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia Fecha de Impresión: Wed, 14 Jan 2026 17:13:04