



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
DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ identificado con C.C. 5181810

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 GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:

CD20260142

RP:

132

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

5.200.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

2.468.750,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-08

FECHA DE FINALIZACION:

2026-02-28

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

GDP - 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

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ
5181810
CARRERA 20 CALLE 4B #4-110 BONDA
3012048653
Diagnerebecadejesusbe@gmail.com

CUENTA DE COBRO

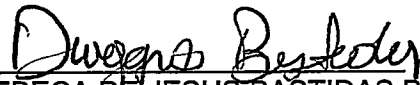
DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ		
DOCUMENTO:	5181810		
DIRECCION:	CARRERA 20 CALLE 4B #4-110 BONDA	TELÉFONO:	3012048653
CORREO ELECTRONICO:	Diagnerebecadejesusbe@gmail.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:	CD20260142						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	132	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.468.750,00				
BANCO A CONSIGNAR:	davivienda	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0550116500169		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ
C.C. 5181810 expedida en BOGOTA



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: CJC23F
 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

DIAGNE REBECA BASTIDAS BENITEZ

CON PPT N° 51818810

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260142 DE FECHA INICIO 08/01/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

1	Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado.
2	Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficientes.
3	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
4	Observación y reporta de signos de alarma presentados por sus pacientes
5	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
6	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
7	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
8	Realizar asepea general semanal y diaria cuando egresa el paciente, registrar en el formato correspondiente.
9	Clasificar, ordenar y controlar las linientas de los servicios e efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	A. Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
11	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
12	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas manuales
13	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
14	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.
15	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4633735804	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COOSALUD	02/01/2026	\$	179.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	02/01/2026	\$	230.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	02/01/2026	\$	35.100

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 3.- 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 v/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA: *Diagne Bastidas*

N° IDENTIFICACIÓN: 51818810



ACTA DE INICIO

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260142 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260142 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BASTIDAS BENITEZ DIAGGNE REBECA DE JESUS
NO. DE IDENTIDAD	5181810
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$5.200.000)
FORMA DE PAGO	EL HJUMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$2.600.000), 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 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	132
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8.742.789, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260142** por otra parte **BASTIDAS BENITEZ DIAGGNE REBECA DE JESUS** 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 se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 8 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

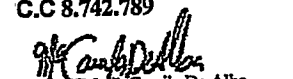
CONTRATISTA,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ


BASTIDAS BENITEZ DIAGGNE REBECA DE JESUS

C.C 8.742.789

CC 5181810


Proyecto: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

PÓLIZA 802070995
CERTIFICADO RM28213
REFERENCIA PAGO 0900381754
ELECTRONICO DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: EJQUINTERO TIPO CERTIFICADO: Endoso FECHA EXPEDICION: 22 01 2026

TOMADOR: DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ
DIRECCIÓN: CL 48 4 101 CIUDAD: SANTA MARTA
E-MAIL: DIAGNEREBECADEJESUSBASTIDASBE@GMAIL.COM TELÉFONO: 3012048653
ASEGURADO: DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ
DIRECCIÓN: CL 48 4 101 CIUDAD: SANTA MARTA TEL: 3012048653
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS
DIRECCIÓN: CIUDAD: TEL:

Table with columns: DD MM AAAA DESDE, DD MM AAAA HASTA, ANTERIOR, ESTA MODIFICACIÓN, NUEVA. Values: 06 03 2025, 06 03 2026, 284,700,000.00, 65,481,000.00, 350,181,000.00

Table with columns: %PART, NOMBRE, COMPAÑIA, %, PRIMA, VALOR ASEGURADO, TRM, MONEDA, VALORES. Includes company name M3 GESTION EN SEGUROS Y CONSULTORIAS LTDA and various insurance values.

Table with columns: AMPAROS, VIGENCIA (Desde, Hasta), VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS, VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS, VALOR PRIMA EN PESOS, DEDUCIBLE (%). Lists various types of damages and their corresponding values.

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR 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...

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: Brotes; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública...

PROFESIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERIA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

AJUSTE INTERNO DEDUCIBLES

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA...

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 ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO...

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Handwritten signature of María Juana Herrera Rodríguez

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 2/-2



PÓLIZA CERTIFICADO
 REFERENCIA PAGO ELECTRONICO
 802070995
 RM28213
 0900381754
 DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: EJQUINTERO TIPO CERTIFICADO: Endoso FECHA EXPEDICION: 22 01 2026

TOMADOR: DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ		C.C. O NIT: 7004915378	7
DIRECCIÓN: CL 48 4 101	CIUDAD: SANTA MARTA		
E-MAIL: DIAGGNEREBECADEJESUSBASTIDASBE@GMAIL.COM	TELÉFONO: 3012048653		
ASEGURADO: DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ		C.C. O NIT: 7004915378	
DIRECCIÓN: CL 48 4 101	CIUDAD: SANTA MARTA	TEL: 3012048653	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TEL:

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DESDE	DD MM AAAA	HASTA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
	06 03 2025		06 03 2026	284,700,000.00	65,481,000.00	350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	MJ GESTION EN SEGUROS Y CONSULTORIAS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	48,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	9,120.00
						TOTAL		57,120.00

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DEL ASEGURADO SE ACTUALIZAN LOS SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA 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 PUJIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION 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 HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARTULAS 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 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 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, 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 EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, 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 PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y 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 CERTIFICADO DE SEGUROS SE RIGE BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA 802070995 Y CERTIFICADO RM26360

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Maria Juana Herrera Rodríguez
 CC: 52.480.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

TOMADOR

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE ORIGINAL ASEGURADO

Fecha de Impresión: Thu, 22 Jan 2026 16:31:37

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