CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 11 GU048124

CERTIFICADO 11 GU068901

CÓDIGO REFERENCIA PAGO:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUCURSAL: 11. SANTA MARTA **USUARIO:** VILLAMIH **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 10 MM 03 AAAA 2021

TOMADOR/GARANTIZADO:	CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	**C.C. O NIT:**	63471302 9
DIRECCIÓN:	CR 66 3 100	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	GLORIAMARIACASTRO78@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3167787928
ASEGURADO:	POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA	**C.C. O NIT:**	900552743 7
DIRECCIÓN:	CL 22 1C 74	**CIUDAD:**	SANTA MARTA **TEL.** 4380023
BENEFICIARIO:	POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA	**C.C. O NIT:**	900552743 7
DIRECCIÓN:	CL 22 1C 74	**CIUDAD:**	SANTA MARTA **TEL.** 4380023

VIGENCIA		**VALOR ASEGURADO EN** PESOS		
DESDE DD 09 MM 03 AAAA 2021	**HASTA** DD 09 MM 01 AAAA 2023	**ANTERIOR**	**ESTA MODIFICACIÓN**	**NUEVA** 9,317,733.60

INTERMEDIARIO		**COASEGURO**			**PRIMA**		
%	**NOMBRE**	**COMPAÑIA**	**%**		**TRM** 3,598.77	**MONEDA**	**VALORES**
100.00	EGON SEGUROS LTDA				**PRIMA**	PESOS	66,494.00
					CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
					IVA	PESOS	14,534.00
					TOTAL		**91,028.00**

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS**	**VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS**	**VALOR PRIMA EN PESOS**	**DEDUCIBLE**	
	Desde	**Hasta**				**%**	**Mínimo**
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	09-03-2021	09-03-2022	0.00	2,662,209.60	20,000.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	09-03-2021	09-01-2023	0.00	6,655,524.00	46,494.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO Nº 89-7-20023-21 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATACION DE UN (01) PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL POR PRESTACION DE SERVICIO DE CUATRO (04) HORAS PARA LABORAR EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD MAGDALENA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA 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.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802002104
CERTIFICADO RM21652
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900002310

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: HVILLA TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: DD 10 MM 03 AAAA 2021

TOMADOR	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	C.C. O NIT:	63471302 9
DIRECCIÓN:	CR 66 3 100	CIUDAD:	SANTA MARTA
E-MAIL:	GLORIAMARIACASTRO78@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3167787928
ASEGURADO:	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	C.C. O NIT:	63471302
DIRECCIÓN:	CR 66 3 100	CIUDAD:	SANTA MARTA TEL. 3167787928
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	0000000000
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TEL.

VIGENCIA					
	DD MM AAAA		DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN
DESDE	10 03 2021	HASTA	10 03 2022		VALOR ASEGURADO EN PESOS NUEVA 181,705,200.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	169,740.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	32,251.00
						TOTAL		201,991.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	10-03-2021	10-03-2022	0.00	181,705,200.00	141,450.00	10.00	3,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	10-03-2021	10-03-2022	0.00	36,341,040.00	0.00	10.00	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	10-03-2021	10-03-2022	0.00	36,341,040.00	0.00	10.00	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	10-03-2021	10-03-2022	0.00	36,341,040.00	28,290.00	10.00	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	10-03-2021	10-03-2022	0.00	36,341,040.00	0.00	10.00	900,000.00

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, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO.

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA.

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, 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 CONEXION CON: BROTE; EPIDEMIA; VIRUS; PANDEMIA Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADAS; ENFERMEDADES INFECCIOSAS, TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHA).

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, 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 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 COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 HACERA 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 A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)0900002310

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO