



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

*v/b*



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201941430200013924

Fecha: 29-04-2019

TRD: 4143.020.22.2.1020.001392

Rad. Padre: 201941430200013924

CIRCULAR 4143.020.22.2.1020.001392

PARA: DIRECTIVOS DOCENTES INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

ASUNTO: POLIZA SEGURO ESTUDIANTIL

Para el conocimiento, socialización y trámites administrativos pertinentes, la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios – Subproceso de Administración de Pólizas de Seguro remite archivo PDF contentivo de la Póliza Estudiantil No. 994000000007 de la Aseguradora Solidaria de Colombia, cuya vigencia comienza a regir a partir del Miércoles 24 de Abril del 2018 hasta el día Jueves 23 de Abril de 2020.

Así mismo, se adjunta FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE ASEGURADO el cual debe ser diligenciado por el rector o coordinador responsable y presentado posterior en el centro médico de atención en caso de presentarse algún siniestro que comprometa la integridad física de nuestros estudiantes.

Cualquier información sobre las Instituciones Prestadoras de Servicio que se encuentran a disposición para prestar sus servicios, podrán comunicarse al #789 desde cualquier operador móvil o a la Línea Gratuita 018000512021 a nivel nacional o al 0312916868.

Atentamente,

*Luiz Elena Azcarate Sinisterra*  
LUZ ELENA AZCARATE SINISTERRA  
Secretaría de Despacho

Proyecto y Elaboración: Laura Rivera Sanchez – Contratista  
Revisó: Yanireth Pajardo Ramos – Profesional Universitario  
Avaro Fernando David Adarve – Subsecretario Administrativo y Financiero



**POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**9300203123**

**PÓLIZA No: 930-2 - 99400000007 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES**

COD. AGENCIA: 930 RAMO: 2

DIA MES AÑO  
23 4 2019  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO HORAS  
24 4 2019 23:59  
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
23 4 2020 23:59 365  
VIGENCIA HASTA A LAS DIAS

DIA MES AÑO  
25 4 2019  
FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESIÓN**

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**  
DIRECCIÓN: **AVENIDA 2 NORTE NO.10-70**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890399011-3**  
TELÉFONO: **6530869**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES**  
DIRECCIÓN:   
BENEFICIARIO: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY**

IDENTIFICACIÓN:   
TELÉFONO:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORÍA: **ESTUDIANTES MUNICIPIO DE CALI**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
MUERTE ACCIDENTAL	10000000.00
DESMEMBRACION	10000000.00
AUXILIO FUNERARIO	10000000.00
GASTOS MEDICOS	12000000.00
RIESGO BIOLÓGICO	6000000.00
GASTOS DE TRSALADO	150000.00
REHABILITACION INTEGRAL	10000000.00

**TEXTOS POLIZA**

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESTUDIANTIL

TOMADOR: **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**  
NIT: **890.399.011-3**  
DIRECCION: **AVENIDA 2 NORTE No. 10-70**  
Teléfono: **6530869**  
ASEGURADOS: **ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES**  
BENEFICIARIOS: **LOS DESIGNADOS O LOS DE LEY**

Vigencia: **365 Días desde las 00:00 horas del 25/04/2019 hasta las 24:00 horas del 23/04/2020.**

CONDICIONES OFERTADAS LICITACION PUBLICA No. 4135.010.32.1.050.

**OBJETO**

Amparar a los estudiantes e infantes frente al riesgo de accidente, desmembración accidental, así como las secuelas que del mismo se generen relacionadas con invalidez y muerte, incluyendo gastos médicos.

**GRUPO ASEGURADO**

Estudiantes de las escuelas, colegios e instituciones similares públicas, urbanas y rurales. Incluyendo los infantes, estudiantes con discapacidades y estudiantes que forman parte de la educación extendida o cobertura educativa.

Se debe presentar oferta sobre la base de 270.000 asegurados.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****39,150,000.00	VALOR PRIMA: \$***2,615,935,129.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$***2,615,935,129.00
--	---------------------------------------	--------------------	---------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PROSEGUROS	181	30			
DELIMA MARSH S.A.	301	35			
WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGURO	1479	35			

LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR**



(415)7701861000019(8020)80000000007060630020312

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá**

C7DB20780D0PFF7P5D

CLIENTE



JGUAYACAN930 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2508 DIC93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE