



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN



Al contestar por favor cite estos datos:  
Radicado No.: 201841430200014214  
Fecha: 07-06-2018  
TRD: 4143.020.22.2.1020.001421  
Rad. Padre: 201841430200014214

CIRCULAR 4143.020.22.2.1020.001421

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

ASUNTO: FORMATO PARA LA NUEVA POLIZA ACCIDENTES PERSONAL INTEGRAL ESTUDIANTIL No. 994000000006.

Mediante la presente circular se realiza la socialización y divulgación a fin de comenzar la respectiva implementación del formato que deberá ser diligenciado por el rector, coordinador o docente que atienda al estudiante lesionado, condición necesaria para que la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia autorice la respectiva atención medica

Se anexa copia del formato actualizado con el número de la póliza y la vigencia de la misma hasta el 29 de Marzo de 2019 constante de 2 folios visibles.

Atentamente,

LUZ ELENA AZCÁRATE SINISTERRA  
Secretaria de Educación

Proyectó y elaboró: Laura Rivera Sánchez – Contratista  
Revisó: Patricia Bedoya Alvarado – Profesional Universitario (E)



**POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES No 994000000006  
EMITIDA PARA EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**

**VIGENCIA: MAYO 25 DE 2018 HASTA EL 29 DE MARZO DE 2019**

**FORMATO DE CERTIFICACION DE ESTUDIANTE ASEGURADO**

Señor Servidor Público o Docente, por favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratándose de accidentes ocurridos al interior de la Institución Educativa en la jornada escolar, los servicios que se prestan mediante la póliza de accidentes escolares sólo aplica cuando el estudiante sufre un accidente encontrándose en los predios de la institución Educativa, o fuera de ellos, siempre y cuando esté ejecutando alguna actividad en representación de ella.
2. Por favor presente este formato diligenciado ante cualquiera de las instituciones de la red médica proporcionada por Aseguradora Solidaria o si desea conocer que Institución puede atenderlo por favor comuníquese al #789, desde cualquier operador móvil; o a la línea gratuita 018000512021 a Nivel Nacional, o al 0312916868
3. Acompañe al estudiante a la Institución Médica y estando allí solicite la atención por accidente; la institución médica validará la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.
4. Diligencie la siguiente información y haga entrega de este formato a la Institución Médica:

Nombre de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre del Rector de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Docente que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención medica es alumno de la Institución Educativa:

\_\_\_\_\_

Nombre	Firma
--------	-------

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

\_\_\_\_\_

Nombre	Teléfonos
--------	-----------



**POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**9300135226**

**PÓLIZA No: 930-2 - 99400000006 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES</b>				COD. AGENCIA: 930				RAMO: 2			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
24	5	2018	23:59	24	5	2018	23:59	29	3	2019	309
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: <b>NEGOCIO NUEVO</b>				VIGENCIA HASTA				A LAS			
								DÍAS			
								FECHA DE IMPRESIÓN			
								TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b>			

**DATOS DEL TOMADOR**

**NOMBRE:** MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI **IDENTIFICACIÓN: NIT** 890399011-3  
**DIRECCIÓN:** AVENIDA 2 NORTE NO.10-70 **CIUDAD:** CALI, VALLE **TELÉFONO:** 6530869

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

**CATEGORIA:** ESTUDIANTES MUNICIPIO DE CALI

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
MUERTE ACCIDENTAL	10000000.00
DESMEMBRACION	10000000.00
AUXILIO FUNERARIO	10000000.00
GASTOS MEDICOS	12000000.00
RIESGO BIOLOGICO	6000000.00
GASTOS DE TRSALADO	140000.00
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:** 309 Días desde las 00:00 horas del 25/05/2018 hasta las 24:00 horas del 29/03/2019.

**CONDICIONES OFERTADAS LICITACION PUBLICA No. 4135.010.32.1.038.**

**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, infantes, que se encuentren a cargo del Municipio de Santiago de Cali, incluyendo los estudiantes que forman parte de la educación extendida, o cobertura educativa.  
Se debe presentar oferta sobre la base de 270.000 asegurados, incluyendo los estudiantes de Ampliación de Cobertura y Primera Infancia.

**VIGENCIA DEL SEGURO**  
La presente póliza se suscribe única y exclusivamente al año lectivo regulado por la Secretaría de Educación Municipal, por lo cual no habrá cobertura durante los periodos de Receso Estudiantil, tal como se precisan en la Resolución de la Secretaría de Educación Municipal No 4143.0.21.7906 del 14 de octubre de 2016 y la No 4143.010.21.0024 del 06 de enero del 2017,, las cuales se adjuntan al presente Slip. Igualmente, la cobertura

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL:</b> \$*****39,140,000.00	<b>VALOR PRIMA:</b> \$***1,450,100,211.00	<b>GASTOS EXPEDICION:</b>	<b>IVA:</b> \$*****0.00	<b>TOTAL A PAGAR:</b> \$***1,450,100,211.00
---	--	---------------------------	----------------------------	--

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 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 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)770186100019(8020)00000000007000930013522

**FIRMA TOMADOR**

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

**CLIENTE**



**HRIOS 0**

C7DB20780E0CF97C5D

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.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

