



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

2016414330008824

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 2016414330008824

Fecha: 21-06-2016

TRD: 4143.3.22.2.1020.000882

Rad. Padre: 2016414330008824

1030/c

PARA: RECTORES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE SANTIAGO DE CALI

ASUNTO: POLIZAS TOMADAS POR LA ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI - VIGENCIA 2016.

Adjunto para su conocimiento y uso las pólizas adquiridas por la Alcaldía de Santiago de Cali para la vigencia 2016 así:

- ✓ Póliza Estudiantil No.930-299400000003 Aseguradora Solidaria de Colombia, con vigencia desde 16-03-2016 a 14-01-2016.
- ✓ Póliza Seguro de Vida No. 930-15-99400000022 Aseguradora Solidaria de Colombia vigencia desde 16-03-2016 a 14-01-2017.
- ✓ Póliza Global para manejo de recursos No.1501216001939 Mapfre Colombia vigencia 16/03/2016 a 01/12/2016.
- ✓ Póliza Daños Materiales No.1501216001930 Mapfre Colombia con vigencia 16/03/2016 a 01/12/2016.

Cualquier inquietud frente al cubrimiento y/o proceso a seguir por favor comunicarse con el Grupo de Seguros de la Alcaldía al teléfono No.6680810.

Atentamente,


JAIME CAMPO RODRIGUEZ
Subsecretario para la Dirección y Administración de los Recursos

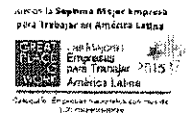
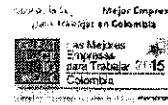
Proyectó: Erika Suley Zapata Lerma - Profesional Universitario Grupo de Apoyo FSE

Revisó: Lilibiana Arce García - Coordinador Grupo de Apoyo FSE

Aprobó: Jesús Alonso Rengifo Díaz - Líder Gestión Financiera



POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9300066298

PÓLIZA No: 930-2 - 994000000003 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: 930 RAMO: 2

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO			
16	3	2016	16	3	2016	23:59	14	1	2017	23:59	304	16	3	2016		
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

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 ESCUELAS, COLEGIOS E INST. SIMILARES PUBLICAS IDENTIFICACIÓN:
 DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:
 BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOS IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: ESTUDIANTES

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	10000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	10000000.00
AUXILIO FUNERARIO	10000000.00
GASTOS MEDICOS	6000000.00
GASTOS DE TRSALADO	1700000.00
REHABILITACION INTEGRAL	10000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	12000000.00

TEXTOS POLIZA
 SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESTUDIANTES

TOMADOR: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
 NIT: 890.399.011-3
 Dirección: AVENIDA 2 NO 10-70
 Telefondo: 072 6618562 - 0726618563 SANTIAGO DE CALI
 ASEGURADO: Estudiantes de las escuelas, colegios e instituciones similares publicas, rurales, infantes, que se encuentren a cargo del Municipio de Santiago de Cali, incluyendo los estudiantes que forman parte de la educacion extendida, o cobertura educativa.
 BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOS

VIGENCIA DESDE: 24:00 HORAS DEL 16 DE MARZO DE 2016
 VIGENCIA HASTA: 24:00 HORAS DEL 14 DE ENERO DE 2017

CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS (VER COMPLEMENTARIAS A LAS BASICAS):

1. OBJETO
 Ampara a los estudiantes e infantes frente al riesgo de accidente, desmembracion accidental, asi como las secuelas que del mismo se generen relacionadas con invalidez y muerte, incluyendo gastos medicos.


2. GRUPO ASEGURADO:
 Estudiantes de las escuelas, colegios e instituciones similares publicas, urbanas y rurales, infantes, que se encuentren a cargo del Municipio de Santiago de Cali, incluyendo los estudiantes que forman parte de la educacion extendida, o cobertura educativa.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza)...

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****39,170,000.00	VALOR PRIMA: \$***2,288,511,471.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$***2,288,511,471.00
--	---------------------------------------	--------------------	---------------------	---

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	50			
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA & IR	473	50			


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

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000930006629

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

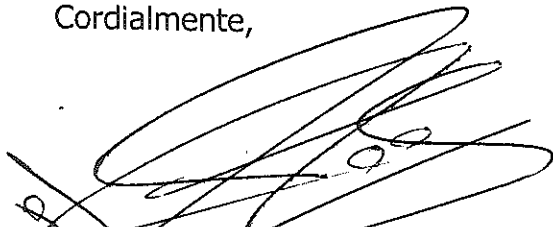
GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - RES 8081 MEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

	AEROENVIOS S.A.	
CONTROL: SI	REGLAMENTO DEL FONDO FIJO DE CAJA MENOR	Versión: 1 Septiembre 28 2004 Página 2 de 3

- gastos de ese mes queden causados es este mismo. Después del cierre mensual no se admitirán gastos con fechas de periodos contables anteriores.
- 2.7 Los Recibos de Caja Menor una vez pagados se deberá colocar el sello de cancelado o pagado.
 - 2.8 Los Recibos de Caja Menor provisionales que no sean legalizados en un termino de 24 horas posteriores a su expedición se consideraran como autopréstamos, ameritando llamado de atención como consecuencia del informe del arqueo correspondiente realizado.
 - 2.9 La Fondo Fijo de Caja Menor esta sujeto a los arqueos sorpresivos programados por la Gerencia, Director de Agencia o los funcionarios delegados para efectuar las funciones de control interno. Cualquier faltante que se llegare a presentar como producto del arqueo respectivo deberá ser reintegrado en forma inmediata sin perjuicio de las acciones disciplinarias correspondientes, en caso de presentarse sobrantes estos deberán ser ingresados a los Fondos de la empresa mediante la expedición del recibo de caja correspondiente.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los treinta (30) días del mes de Septiembre del año 2004.

Cordialmente,



DENNIS FERNANDO ROMERO CRUZ
Gerente

Nombre: _____
Director Agencia

Leído, sabido y entendido:

Nombre:
Cedula:
FUNCIONARIO RESPONSABLE



TEL 860 574 854 - 6

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

NÚMERO ELECTRONICO PARA PAGOS 9300066314

PÓLIZA No: 930 - 15 - 99400000022 ANEXO: 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia continúa la información de los clientes a través del Call Center por favor tenga en cuenta que para contactar debe realizar el procedimiento...

AGENCIA / COSEGURO				SRAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES				CICLO AGENCIA		RAMO		15	
FECHA	DIAS	MESES	AÑOS	FECHA	DIAS	MESES	AÑOS	DIAS	MESES	AÑOS	DIAS	AÑOS	
16	3	2016		16	3	2016	25:59	14	1	2017	21:59	304	
AGENCIA / COSEGURO				AGENCIA / COSEGURO				AGENCIA / COSEGURO		AGENCIA / COSEGURO		AGENCIA / COSEGURO	

DATOS DEL TOMADOR

ENTIDAD: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
 IDENTIFICACION: 890399011-3
 TIPO DE IMPRESION: IMPRESION

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

GRUPO: FUNCIONARIOS ASEGURADOS.
 IDENTIFICACION: [BLANK]
 BENEFICIARIO: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY
 IDENTIFICACION: [BLANK]

DATOS DEL RIESGO Y AMPARO

TIPO DE RIESGO	SUMA ASEGURAL
IMPEDICION DE MUERTE	33300000.00
IMPEDICION TOTAL Y PERMANENTE	33300000.00
IMPEDICION GRAVES	16650000.00
IMPEDICION ADICIONAL POR M	16650000.00
IMPEDICION DE DEBILIDAD	16650000.00
IMPEDICION DE	16650000.00

PLAN: VIDA
 REGIMEN DE VIDA GRUPO PARA SERVIDORES PUBLICOS

ENTIDAD: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

IDENTIFICACION: 890.399.011-3
 AVENIDA 2 NO 10-70
 TELEFONO: 875 661862 - 8726618561 SANTIAGO DE CALI
 ASEGURADO: FUNCIONARIOS ASEGURADOS.
 BENEFICIARIO: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY

VEZES A PAGAR: 3100 HORAS DEL 16 DE MARZO DE 2016
 FECHA HASTA: 3100 HORAS DEL 14 DE ENERO DE 2017

CONTRIBUCIONES BASICAS OBLIGATORIAS (VER COMPLEMENTARIAS A LAS BASICAS):

El presente seguro cubre el riesgo de muerte por cualquier causa, así como los amparos descritos a continuación, a los servidores públicos y/o trabajadores oficiales que conforman la planta de cargos del MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, así como los empleados de la Secretaría de Educación Municipal, Funcionarios de la Contraloría General de Bogotá de Cali, Funcionarios de la Personería Municipal Santiago de Cali y Funcionarios de la Corporación Municipal de Santiago de Cali.

PLAN: CONTINUAN (ver Textos Polizas)...

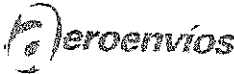
VALOR PRIMA	VALOR PRIMA	CARGOS EXCEPTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
\$*****77.200.000.00	\$*****836.046.733.00		\$*****0.00	\$*****836.046.733.00
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEBIDG		
RAZON SOCIAL	CLASE	SEPART	COMPAÑIA COMPART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA / COSEGURO	01	00		
AGENCIA / COSEGURO	01	00		
AGENCIA / COSEGURO	01	00		

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 DEVENCADA Y DE

FIRMA ASEGURADOR



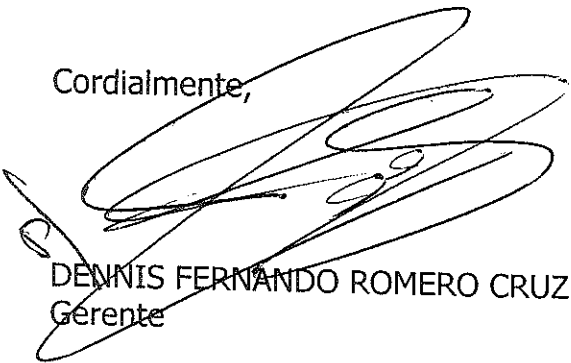
FIRMA TOMADOR

	AEROENVÍOS S.A.	
	GUIA PARA ELABORAR EL REEMBOLSO DE CAJA MENOR	Versión: 3 Septiembre 28 2004 Página 8 de 8

Por último el reembolso debe ser firmado por el Director de la Oficina y enviado al Departamento de Contabilidad para su respectiva causación y giro del cheque.

Estas disposiciones son de obligatorio cumplimiento y reemplaza las anteriores versiones, comunicados y autorizaciones con respecto al manejo y conceptos del Reembolso de Caja Menor para AEROENVÍOS S.A.

Cordialmente,



DENNIS FERNANDO ROMERO CRUZ
Gerente

MANEJO GLOBAL ENTID. ESTATALES

INICIACION ORIGINAL

Ref. de Pago: 30956755729

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 272 735	POLIZA 1501216001939	CERTIFICADO 0	FACTURA 1	OFICINA MAPFRE CORREDORES-CALI	DIRECCION CARRERA 80 # 6-71	CIUDAD CALI
TOMADOR DIRECCION	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI AVD 2 CL 10 Y 11			CIUDAD CALI	NIT / C.C. 8903990113	TELEFONO 8834011
ASEGURADO DIRECCION	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI AVD 2 CL 10 Y 11			CIUDAD CALI	NIT / C.C. 8903990113	TELEFONO 8834011
ASEGURADO DIRECCION	N.D. N.D.			CIUDAD N.D.	NIT / C.C. N.D.	TELEFONO N.D.
BENEFICIARIO DIRECCION	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI AVD 2 CL 10 Y 11			CIUDAD CALI	NIT / C.C. 8903990113	TELEFONO 8834011
BENEFICIARIO DIRECCION	N.D. N.D.			CIUDAD N.D.	NIT / C.C. N.D.	TELEFONO N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO				
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
30	3	2016	24:00	16	3	2016	260	24:00	16	3	2016	260
			INICIACION					INICIACION				
			TERMINACION					TERMINACION				

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
AON RISK SERVICES COLOMBIA S A	CORREDOR	263	6381700	50,00
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA IRAGORI	CORREDOR	437	3268100	50,00

DATOS DEL RIESGO 0,00

ACTIVIDAD : OFICINA PUBLICA O GUBERNAMENTA
 DIRECCION DEL RIESGO : AVDA 2 N CALLES 10 Y 11 CAM
 CIUDAD : CALI
 DEPARTAMENTO : VALLE
 NUMERO DE CARGO CLASE A :
 NUMERO DE CARGO CLASE B :
 NUMERO DE CARGO CLASE C :
 DESCRIPCION DEL RIESGO :



415770999000628(8020)0030956755729(3900)0104113973(96)2016041

COBERTURAS

VALOR ASEGURADO

DEDUCIBLE

Infidelidad de Empleados	\$ 700.000.000,00	\$ 700.000.000,00	6 % PERD Min 4 (SMMLV)
Delitos Contra la Administraci3n P-blica	\$ 700.000.000,00	\$ 700.000.000,00	6 % PERD Min 4 (SMMLV)
Perdida empleados no identificados	\$ 350.000.000,00	\$ 350.000.000,00	5 % PERD Min 4 (SMMLV)
Empleados Temporales y/o Firma Especializada	\$ 350.000.000,00	\$ 350.000.000,00	6 % PERD Min 4 (SMMLV)
Gastos de Reconstrucci3n cuentas y alcances fiscales	\$ 350.000.000,00	\$ 350.000.000,00	6 % PERD Min 4 (SMMLV)

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

Aplica el Condicionado GeneralCodigo: 010412-1326-P-13-00000VTE261ABR/12

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
\$ 89.753.425,00	\$ 0,00	\$ 89.753.425,00	\$ 14.360.548,00	\$ 104.113.973,00

PARTICIPACION DE COASEGURADORAS

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURADORA	TIPO DE COASEGURO	%PARTICIPACION	\$ PRIMA PESO COLOMBIANO-S	FIRMA
ALLIANZ SEGUROS SA	CEDIDO	23,00%	\$ 20.643.287,75	
COMPANIA DE SEGUROS COLPATRIA	CEDIDO	21,00%	\$ 18.848.219,25	
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE CO	CEDIDO	34,00%	\$ 30.516.164,50	
QBE	CEDIDO	22,00%	\$ 19.745.753,50	

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 370 735,00	POLIZA 1501216001939	OPERACION	OFICINA MAPFRE 97-CORREDORES-CALI	DIRECCION CARRERA 80 # 6-71	CIUDAD CALI
--------------------------------------	--------------------------------	------------------	---	---------------------------------------	-----------------------


ANEXOS

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
 CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2609 DE DICIEMBRE 398. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 6998 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

	AEROENVIOS S.A.	
CONTROL: SI	REGLAMENTO DEL FONDO FIJO DE CAJA MENOR	Versión: 1 Septiembre 28 2004 Página 1 de 3

1. OBJETIVO:

El Fondo Fijo de Caja Menor tiene como fin fundamental atender los pagos de menor cuantía que por su naturaleza y urgencia no pueden ser cancelados mediante cheque.

2. REGLAMENTO:

- 2.1 No se podrá dar al Fondo de Caja Menor un uso diferente al estipulado en su objetivo, tal como: Prestamos personales, cambio de cheques, ni siquiera los expedidos por la Empresa, y el dinero debe ser guardado en una caja metálica con las debidas normas de seguridad.
- 2.2 Se podrá efectuar pagos individuales hasta por SESENTA Y NUEVE MIL PESOS (\$69.000.00) M/CTE.; los cuales serán autorizados por la Gerencia y/o Director de Agencia. Sumas superiores a \$69.000.00 ameritan la solicitud de pago mediante cheque para lo cual se enviara a la sede principal para el tramite correspondiente el cual se deberá programar para su pago.
- 2.3 No se podrá mantener en este Fondo, valores personales, ni de terceros, o de la Compañía cuya responsabilidad este a cargo de otros empleados.
- 2.4 Todo cambio del responsable del Fondo en caso de ausencia total o temporal de este, deberá realizarse previo arqueo y acta de entrega a la persona que tome en su poder la responsabilidad a partir de esa misma fecha.
- 2.5 Todo pago efectuado con cargo al Fondo debe estar soportado por una Factura Cambiaría de Compraventa y/o de Transporte, una Cuenta de Cobro en el formato aprobado y actualizado por la Compañía y un Recibo de Caja Menor diligenciado a maquina y/o tinta, con letra imprenta y en forma clara, no debe presentarse con tachones ni enmendaduras; que contenga: Fecha; nombres y apellidos; valor en numero y letras; dirección, teléfono y ciudad del beneficiario; el concepto debe ser corto, claro y preciso; firma del beneficiario y numero de cédula; y firma de aprobación del pago por parte del Gerente y/o Director de Agencia. A cada Recibo de Caja Menor se le adjuntara: recibos de caja, facturas, comprobantes o cualquier documento de soporte que expida el beneficiario del pago, los cuales deben ser elaborados a nombre de AEROENVIOS S.A.
- 2.6 Se solicitara el Reembolso de Caja después de utilizado un 50% del valor del Fondo, enviando a contabilidad todos los Recibos de Caja Menor y soportes, previamente autorizados por la Gerencia y/o Director de Agencia. En especial se debe tener en cuenta que el ultimo día de cada mes se debe solicitar el Reembolso aunque no se supere el monto del 50% con el fin de que todos los

INFORMACION GENERAL

RAMO 265	PRODUCTO 690	POLIZA 1501216001930	CERTIFICADO D	FACTURA D	ENDOSO	OFICINA MAPFRE CORREDORES-CALI	DIRECCION OF. MAPFRE CARRERA 80 # 6-71
TOMADOR		MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI			NIT/C.C. 6903990113		
DIRECCION		AVD 2 CL 10 Y 11			CIUDAD CALI		TELEFONO 8834011
ASEGURADO		SEGUN RELACION			SEGUN RELACION		
DIRECCION		SEGUN RELACION			SEGUN RELACION		
BENEFICIARIO		SEGUN RELACION			SEGUN RELACION		
DIRECCION		SEGUN RELACION			SEGUN RELACION		


INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
30	03	2016	TERMINACION	24:00	15	03	2016	250	TERMINACION	24:00	16	03	2016	250
			INICIACION	24:00	01	12	2016		INICIACION	24:00	01	12	2016	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

HOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	PARTICIPACION
AON RISK SERVICES COLOMBIA S A	CORREDOR	263	6381700	50
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA IRAGORI	CORREDOR	437	3266100	50

INFORMACION DEL RIESGO

PREDIO No.	SEGUN RELACION	 (415)7709999000628(8020)15012160019301(3900)2705002553(96)20160416
TIPO DE ACTIVIDAD:	SEGUN RELACION	
DIRECCION:	SEGUN RELACION	
UBICACION:	SEGUN RELACION	
TIPO DE CAMBIO:	SEGUN RELACION	

COBERTURAS CONTRATADAS	SUMA ASEGURADA ACTUAL
SECCION TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	1.592.760.078.448,00
SECCION TERREMOTO / MAREMOTO	1.592.760.078.448,00
SECCION HMACC - AMIT	80.000.000.000,00
SECCION LUCRO CESANTE	0,00
SECCION EDUIPO ELECTRONICO	40.000.000.000,00
SECCION ROTURA DE MAQUINARIA	25.000.000.000,00
SECCION HURTO CALIFICA DO	3.500.000.000,00

OBSERVACIONES :
 Se anexan Condiciones Generales ,Condiciones Particulares y Anexos

VALORES EN PESO COLOMBIANO		Subtotal a Pagar en Pesos Colombianos	Valor en Pesos Impuesto a las Ventas	Total a Pagar en Pesos colombianos
TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION			
2.331.898.753,00	0,00	2.331.898.753,00	373.103.800,00	2.705.002.554,00

INFORMACION ADICIONAL :
 LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA ODERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S A A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.
 Aplica el Condicionado General Código: D1122D12-1326-P-07-00000VTE079NOV12



PAGARE PARA RESPALDAR FONDO DE CAJA MENOR

El suscrito, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de, identificado con Cédula de Ciudadanía No., declaro:-----

PRIMERO: Que he recibido de AEROENVIOS S.A., en sus oficinas de la suma de(\$.....)

M/CTE., destinada al movimiento ordinario de Caja Menor, para atender gastos cuya legalización me comprometo a cumplir, mediante la presentación de documentos idóneos, tales como facturas, recibos de caja, tiquetes, etc., con la firma respectiva de parte de quien reciba, como de quien autoriza el pago.-----

SEGUNDO: Si como consecuencia de las anteriores actividades resultare a mi cargo sumas de dinero, bien sea por dificultades en la legalización de los comprobantes o por diferencias físicas del depósito constituido, declaro expresamente que asumo en forma total la responsabilidad por el pago su valor.-----

TERCERO: Que de acuerdo con lo anterior, autorizo a AEROENVIOS S.A. para que descuenta las sumas que resultaren en mi contra y hasta su completa cancelación tomando al efecto aquellas partidas a mi favor provenientes de salarios, primas, cesantías y de cualquier otro concepto que me beneficie.-----

CUARTO: No obstante lo anterior expuesto, es entendido que AEROENVIOS S.A. en caso de no lograr la cancelación de los valores a mi cargo, queda facultado para iniciar contra el suscrito la acción civil correspondiente.-----

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los treinta (30) días del mes de Septiembre del año 2004.-----

DEUDOR RESPONSABLE:

DEUDOR SOLIDARIO:

Nombre:

Nombre:

c.c. No.

c.c. No.