E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE VERIFICACIÓN DE PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD AREA ASISTENCIAL**	CÓDIGO: GJC29F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 13/01/2025 PAGINA 1 de 1

El Jefe de Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario de la E.S.E: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 y en la Ley ll50 de 2007, así como el Decreto Departamental 0060 de 28 de enero de 2020 y conforme con lo establecido en el Estatuto de Contratación del HUJMB, expedido por el Acuerdo no. 009 del 28 de diciembre de 2015, procede al estudio y correspondiente verificación de la **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD AREA ASISTENCIAL** que se relaciona a continuación:

INFORMACIÓN CONTRACTUAL							
Contrato No.	**CD20250327**			**Fecha de Inicio**		16/01/2025	
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
Plazo de Ejecución	Previa legalización del contrato sin exceder el 31 de marzo de 2025		**Valor**	NUEVEMILLONESTRESCIENTOSMILPESOS M/L.($9.300.000)			
Contratista	**DIANA MARCELA AVILA VERGARA**			**Identificación**		**1083048416**	
INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD ÁREA ASISTENCIAL							
Póliza No.	**21-03-101027194**		**Anexo**	0	**Fecha Exp.**	07/01/2025	
Compañía Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO				**Vigencia**	Desde	07/01/2025
						Hasta	07/01/2026
Valor Asegurado							
200 SMLMV ($284.700.000)	x	300 SMLMV ($427.050.000)		600 SMLMV ($854.100.000)			

Se efectuó la verificación de la citada póliza, la cual se ajusta al requerimiento efectuado en la cláusula denominada *Garantías y Mecanismos de Cobertura del Riesgo*[1] del contrato relacionado.

JARID YESID THOMAS PADILLA
JEFE DE OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

PROYECTÓ:
JOSE BAUTISTA
ABOGADO CONTRATACION

[1] **CLÁUSULA - GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO: PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD AREA ASISTENCIAL:** El Prestador del Servicio deberá contar con una póliza de Responsabilidad Civil para Profesionales de la Salud Área Asistencial y a mantenerla vigente y actualizada durante la duración del presente contrato, que cubra la indemnización de posibles daños y perjuicios ocasionados a terceros con ocasión al ejercicio de su prestación de servicios de salud en el marco de la ejecución del contrato suscrito con esta entidad. Dicha póliza deberá tener una cobertura mínima de: 200 SMMLV en el caso de los perles de Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Traslado, Fisioterapeutas, Instrumentadoras Quirúrgicas, Nutricionista y Psicólogos Asistenciales; de 300 SMMLV para los perfiles de médicos generales; o, de 600 SMMLV para los perfiles de médicos especialistas. La póliza deberá estar constituida a favor del Hospital Julio Méndez Barreneche, y será presentada al Contratante para su verificación. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Manual de Contratación del HUJMB.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	ANEXO CAUSA PRIMA	21-03-101027194	1

TOMADOR	DIANA MARCELA AVILA VERGARA			CC	1.083.048.416
DIRECCION	CALLE 27 CRA 21	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3003342034
ASEGURADO	DIANA MARCELA AVILA VERGARA			CC	1.083.048.416
DIRECCION	CALLE 27 CRA 21	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3003342034
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
08 / 01 / 2025	07 / 01 / 2025	07 / 01 / 2026	08 / 01 / 2025	07 / 01 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 300,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 20.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ ***********70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********83,300.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005137325484(3900)000000083300(96)20250222

REFERENCIA PAGO:

1100513732548-4

21-03-101027194

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG133456G

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	ANEXO CAUSA PRIMA	21-03-101027194	1

TOMADOR	DIANA MARCELA AVILA VERGARA			CC	1.083.048.416
DIRECCION	CALLE 27 CRA 21	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3003342034
ASEGURADO	DIANA MARCELA AVILA VERGARA			CC	1.083.048.416
DIRECCION	CALLE 27 CRA 21	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3003342034
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

-POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE HACE MODIFICACION A LA POLIZA:

.

- SE HACE AUMENTA DE VALOR ASEGURADO A $300.000.000.00
- SE HACE AJUSTE DE PRIMA ACORDE A LA MODIFICACION

- POR EVENTO: SUBLIMITE HASTA $15.000.000
-POR VIGENCIA: SUBLIMITE HASTA $ 60.000.000

.

LOS DEMAS TERMINOS, AMPAROS Y CONDICIONES OTORGADOS EN ANEXOS ANTERIORES, CONTINUAN VIGENTES SIN CAMBIO ALGUNO.