| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **ACTA DE VERIFICACIÓN DE PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD AREA ASISTENCIAL** | CÓDIGO: GJC29F<br>VERSION: 001<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 13/01/2025<br>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.** | CD20250087 | | **Fecha de Inicio** | 20/01/2025 | |
| **Objeto** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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** | SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L. ($6.300.000) | |
| **Contratista** | ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA | | **Identificación** | 57401101 | |
| **INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD ÁREA ASISTENCIAL** | | | | | |
| **Póliza No.** | 802067799 | **Anexo** | 0 | **Fecha Exp.** | 16/01/2025 |
| **Compañía Aseguradora** | CONFIANZA | | | **Vigencia** | Desde 16/01/2025<br>Hasta 16/01/2026 |
| **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

**PROYECTO:**
**JOSE BAUTISTA**
**ABOGADO CONTRATACION**

COPIA CONTROLADA

[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.

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

| | |
|---|---|
| PÓLIZA | 802067799 |
| CERTIFICADO | RM25874 |
| REFERENCIA PAGO ELECTRONICO | 0900273040 |

**UBICACION:** SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 16 MM 01 AAAA 2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA | **C.C. O NIT:** | 57401101 4 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 29 K 3 21 BRR LAURELES | **CIUDAD:** | SANTA MARTA |
| **E-MAIL:** | ROSAJIMENEZ0704@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 4365007 |
| **ASEGURADO:** | ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA | **C.C. O NIT:** | 57401101 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 29 K 3 21 BRR LAURELES | **CIUDAD:** SANTA MARTA | **TEL.** 4365007 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE 16 01 2025 | HASTA 16 01 2026 | | | 300,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | CENTAURY SEGUROS LTDA | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 150,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 28,500.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 178,500.00 |

| 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 | 16-01-2025 | 16-01-2026 | 0.00 | 300,000,000.00 | 150,000.00 | 10 | 1,500,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 16-01-2025 | 16-01-2026 | 0.00 | 60,000,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 16-01-2025 | 16-01-2026 | 0.00 | 60,000,000.00 | 0.00 | 10 | 100,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 16-01-2025 | 16-01-2026 | 0.00 | 60,000,000.00 | 0.00 | 10 | 900,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 16-01-2025 | 16-01-2026 | 0.00 | 60,000,000.00 | 0.00 | 10 | 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.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, 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 conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:AUXILIAR EN ENFERMERIA

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 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 LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***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 30/12/2024-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I Nota Tecnica: 30/12/2024-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900273040

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO