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 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:

<table>
<tr><th colspan="8">INFORMACIÓN CONTRACTUAL</th></tr>
<tr><td>Contrato No.</td><td colspan="3">CD20250252</td><td>Fecha de Inicio</td><td colspan="3">20/01/2025</td></tr>
<tr><td>Objeto</td><td colspan="7">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.</td></tr>
<tr><td>Plazo de Ejecución</td><td colspan="2">Previa legalización del contrato sin exceder el 31 de marzo de 2025</td><td>Valor</td><td colspan="4">SEIS MILLONES TRES CIENTOS MIL PESOS M/L. ($6.300.000)</td></tr>
<tr><td>Contratista</td><td colspan="3">LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO</td><td>Identificación</td><td colspan="3">1085228933</td></tr>
<tr><th colspan="8">INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD ÁREA ASISTENCIAL</th></tr>
<tr><td>Póliza No.</td><td colspan="2">46-03-101002271</td><td>Anexo</td><td>0</td><td>Fecha Exp.</td><td colspan="2">16/01/2025</td></tr>
<tr><td>Compañía Aseguradora</td><td colspan="3">SEGUROS DEL ESTADO</td><td>Vigencia</td><td>Desde</td><td>16/01/2025</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td><td>Hasta</td><td>16/01/2026</td></tr>
<tr><td colspan="8">Valor Asegurado</td></tr>
<tr><td colspan="2">200 SMLMV ($284.700.000)</td><td>X</td><td colspan="2">300 SMLMV ($427.050.000)</td><td></td><td colspan="2">600 SMLMV ($854.100.000)</td></tr>
</table>

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

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.

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.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	EMISION ORIGINAL	46-03-101002271	0

TOMADOR **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO** CC **1.085.228.933**

DIRECCION **MZA 43 CASA 3 EL PANDO** CIUDAD **SANTA MARTA, MAGDALENA** TELEFONO **3108795181**

ASEGURADO **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO** CC **1.085.228.933**

DIRECCION **MZA 43 CASA 3 EL PANDO** CIUDAD **SANTA MARTA, MAGDALENA** TELEFONO **3108795181**

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)
16 / 01 / 2025	16 / 01 / 2025	16 / 01 / 2026	16 / 01 / 2025	16 / 01 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PITRE VELASQUEZ Y CIA. AGENCIA DE S	133485	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 290,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 290,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 58,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % 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:	$ *******290,000,000.00	PRIMA:	$ **********194,530.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********36,960.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********231,490.00

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 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

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)11015100771901(3900)000000231490(96)20250302

REFERENCIA PAGO:

1101510077190-1

46-03-101002271

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LUISPATINOIMP