

**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**

Código: GJC22F

Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ESTEFANY DELSOCORRO GOMEZ LACERA identificado con C.C. 57309119**

Fecha de Diligenciamiento:

2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:

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.

N° CONTRATO: CD20260121

RP:

101

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

5.700.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

2.600.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-08

FECHA DE FINALIZACION:

2026-02-28

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO
CRÍTICO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:

N/A

RP - ADICION:

N/A

VALOR CONTRATO CON ADICION:

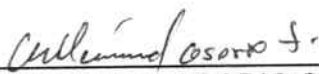
0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

ESTEFANY DELSOCORRO GOMEZ LACERA
57309119
MZ 26 CASA 5 PARQUE
3128769935
#N/A

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTEFANY DELSOCORRO GOMEZ LACERA		
DOCUMENTO:	57309119		
DIRECCIÓN:	MZ 26 CASA 5 PARQUE	TELÉFONO:	3128769935
CORREO ELECTRONICO:	#N/A		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260121						
OBJETO DEL CONTRATO:	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.						
RP:	101	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.600.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	77944858621		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


ESTEFANY DELSOCORRO GOMEZ LACERA
C.C. 57309119 expedida en PIVIJAY



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC23F
VERSION: 003
FECHA DE ULTIMA REVISION:
22/08/2024
PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA

CON C.C N° 57.309.119

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260121 DE FECHA INICIO 8/1/2026

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Estuve oportunamente, cuando se requería hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
2	Observe y reporte los signos de alarma presentados por mis pacientes.
3	Informe las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
4	Participo en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporciono orientación al paciente y familiar.
5	Garantizo que la prestación de servicio objeto del contrato se cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
6	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrándolo en el formato correspondiente.
7	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándolos con los servicios de lavandería.
8	Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
9	Recibi y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
10	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales.
11	Realice notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.
12	Prepare el cuerpo de pacientes fallecidos y entregue al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informe a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
14	Realice el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente.
15	Realice todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9496889113	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2/1/2026	178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2/1/2026	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2/1/2026	34.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	ESTEFANY GOMEZ LACERA
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC 57.309.119

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 37391119		GOMEZ LACERA ESTEFANY DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 26 CA 5 Urb El parque	SANTA MARTA MAGDALENA	3128769935		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor	
2025-12	2025-12	2025283797	9404889113	Planilla	1	2026/01/07	2026/01/02	BANCOLOMBIA	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$0	\$0			
Código: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$0	\$0			
1	CC	37391119	GOMEZ ESTEFANY	220201	30	\$1,423,500	\$227,800	079005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	14-28	30	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0	\$0			\$0	\$0			
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 57309119		GOMEZ LACERBA ESTEFANY DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MC 26 CS 5 Urb El parque	SANTA MARTA-MAGDALENA	312876935	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banko	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2025-03/97/7	949689113	1	2026/01/07	2026/01/02	BANCOLOMBIA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARI (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSTIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	



ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F
VERSIÓN: 002
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 09/1/2025
PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260121 DEL 2026

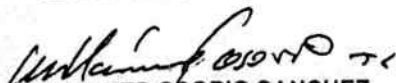
NO. DEL CONTRATO	CD20260121 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GOMEZ LACERA ESTEFANY DEL SOCORRO
NO. DE IDENTIDAD	57309119
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$5.200.000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJB cancelará al CONTRATISTA, 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$2.600.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	101
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8.742.789, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260121** por otra parte **CAMILO JOSE CANTILLO OROZCO** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 8 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C 8.742.789


GOMEZ LACERA ESTEFANY DEL SOCORRO
CC 57309119


Prof. Administrativo Enfermeria

780185-2
rera 14 # 23-42, Los Alcázares
encia@hujmb.gov.co

 @hujuliomendezb
 www.hujmb.gov.co



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL CHAPINERO	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA	POLIZA No. 14-03-101008271	ANEXO No. 2
--------------------------------------	-----------------------	---	-------------------------------	----------------

TOMADOR ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA	DIRECCION MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.309.119	TELEFONO 3128769935
ASEGURADO ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA	DIRECCION MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.309.119	TELEFONO 3128769935
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	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)
07 / 01 / 2026	08 / 01 / 2026	08 / 01 / 2027	08 / 01 / 2026	08 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
DIRECTA	4013	100.00			

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 350,181,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 350,181,000.00		\$ 70,036,200.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV 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:	\$ *****65,481,000.00	PRIMA:	\$ *****30,926.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****5,875.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****36,801.00

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 DÍAS 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: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.00000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA

14-03-101008271 ESTADO - SEGUROS DE VIDA

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



(415) 7709998021167 (8020) 11002118645288 (3900) 000000036801 (96) 20260222

REFERENCIA
PAGO:
1100211864528-8



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL CHAPINERO	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA	POLIZA No. 14-03-101008271	ANEXO No. 2
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.309.119 TELEFONO 3128769935 CC 57.309.119 TELEFONO 3128769935 NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 07 / 01 / 2026	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 01 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 01 / 2027	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 01 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 01 / 2027
INTERMEDIARIO DIRECTA CLIENTE	CLAVE 4013	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar
tus datos de contacto conforme
a la Ley 2300, a través de
nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

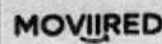
Ve a la opción PQR y selecciona
el tipo de solicitud.
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

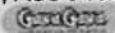
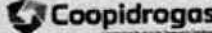
PAGINA WEB



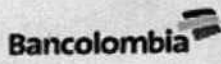
CORRESPONSALES BANCARIOS



ORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias



Seguros del Estado
Cuenta Convenio 47189



Seguros del Estado
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****65,481,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ *****30,926.00
IVA: \$ *****5,875.00
TOTAL A PAGAR: \$ *****36,801.00

TERMINO 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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA
PAGO:
1100211864528-8

(415) 7709998021167 (8020) 11002118645288 (3900) 000000036801 (96) 20260222

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA		POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO			14-03-101008271	2
TOMADOR	ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA		CC	57.309.119
DIRECCION	MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE		TELEFONO	3128769935
	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA		
ASEGURADO	ESTEFANY DEL SOCORRO GOMEZ LACERA		CC	57.309.119
DIRECCION	MANZANA 26 CASA 5 URB EL PARQUE		TELEFONO	3128769935
	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO A \$350.181.000 (200 SMMLV)
LOS DEMAS TERMINOS SIN MODIFICAR CONTINUAN EN IGUALDAD DE CONDICIONES.