

**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  
MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES identificado con C.C. 1082874656

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:

CD20260129

RP:

537

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

5.200.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

2.600.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-15

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

MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES  
1082874656  
CIUDAD EQUIDAD MANZANA 10 CASA30  
3225503001  
marianalandetag23@gmail.com

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

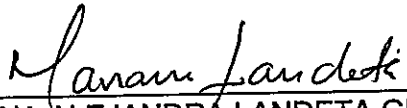
|                            |                                  |           |            |
|----------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-01-29                       |           |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:       | MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES |           |            |
| DOCUMENTO:                 | 1082874656                       |           |            |
| DIRECCIÓN:                 | CIUDAD EQUIDAD MANZANA 10 CASA30 | TELÉFONO: | 3225503001 |
| CORREO ELECTRÓNICO:        | marianalandetag23@gmail.com      |           |            |

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:             | CD20260129                                                                                                                                                                    |                 |              |                |             |              |            |
| 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:                      | 537                                                                                                                                                                           | GDP:            | 2            | FECHA INICIO:  | 2026-01-15  | 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:    | 77991664893 |              |            |
| GDP - ADICION:           | N/A                                                                                                                                                                           | RP - ADICION:   | N/A          | VALOR ADICION: | 0,00        |              |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | Enero                                                                                                                                                                         |                 |              |                |             |              |            |

### FIRMA

  
MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES  
C.C. 1082874656 expedida en SANTA MARTA



# 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  
MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES  
CON C.C N° 1082874656

## I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260129 DE FECHA 15/01/2026

## 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 Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
- 2 Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
- 3 Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
- 4 Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
- 5 Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la narración de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
- 6 Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
- 7 Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
- 8 Realizar 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 Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
- 10 Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definida por partes con las agendas establecidas mensuales
- 11 Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
- 12 Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos
- 13 Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
- 14 Realizar 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 Realizar 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:   | 7999310499  | OPERADOR:     | SOI          |
|--------------------|-------------|---------------|--------------|
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SALUD TOTAL | 22/01/2026    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:           | PORVENIR    | 22/01/2026    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA    | 22/01/2026    | \$ 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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

*Mariana Landeta Gelves*

N°. IDENTIFICACIÓN:

1082874656

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b><br>TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SANTA MARTA<br>CIUDAD/MUNICIPIO: CIUDAD EQUIDAD MZ 18 CASA 30<br>DIRECCIÓN: 02-INDEPENDIENTE<br>TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE<br>TIPO EMPRESA: PRIVADA<br>FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO |  | <b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b><br>NÚMERO PLANILLA: 7999310498<br>PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: 2025<br>DÍAS DE MORA: 7<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/01/22<br>MES: diciembre AÑO: 2025<br>TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: 483091 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| ADMINISTRADORA   |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |           |             | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                      | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |       |          |       |
|------------------|-----------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------------------|----------------------------|-------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------|-------|
| CÓDIGO           | NOMBRE          |                |            | APORTES VOLUNTARIOS     | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | LICENCIA MATERNIDAD   | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA                              | VALOR | PLANILLA | VALOR |
| 230301           | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 227.800 | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0                  | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0                                  | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0  |
| <b>SUBTOTAL:</b> |                 |                |            |                         |           |           |             |                       |                            |       |                      |                                       |       |          |       |

| ADMINISTRADORA   |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |           |             | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                      | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |       |          |       |
|------------------|--------------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------------------|----------------------------|-------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------|-------|
| CÓDIGO           | NOMBRE             |                |            | APORTES VOLUNTARIOS     | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | LICENCIA MATERNIDAD   | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA                              | VALOR | PLANILLA | VALOR |
| EPS007           | EPS007-SALUD TOTAL | 1              | \$ 178.000 | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0                  | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0                                  | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0  |
| <b>SUBTOTAL:</b> |                    |                |            |                         |           |           |             |                       |                            |       |                      |                                       |       |          |       |

| ADMINISTRADORA   |                                         | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |           |             | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                      | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |       |          |       |
|------------------|-----------------------------------------|----------------|------------|-------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------------------|----------------------------|-------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------|-------|
| CÓDIGO           | NOMBRE                                  |                |            | APORTES VOLUNTARIOS     | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | LICENCIA MATERNIDAD   | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA                              | VALOR | PLANILLA | VALOR |
| 14-23            | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1              | \$ 34.700  | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0                  | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0                                  | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0  |
| <b>SUBTOTAL:</b> |                                         |                |            |                         |           |           |             |                       |                            |       |                      |                                       |       |          |       |

| DATOS DEL COTIZANTE |                                          | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN   | TOTAL APORTES A PENSIÓN |           |           |             | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                      | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |       |          |       |
|---------------------|------------------------------------------|----------------|--------------|-------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------------------|----------------------------|-------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------|-------|
| Nº IDENTIFICACIÓN   | NOMBRE                                   |                |              | APORTES VOLUNTARIOS     | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | LICENCIA MATERNIDAD   | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA                              | VALOR | PLANILLA | VALOR |
| 230301              | 230301-PORVENIR                          | 1              | \$ 227.800   | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0                  | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0                                  | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0  |
| 1082874656          | MARIA ALEJANDRA LANDELA GELVES MAGDALENA | 1              | \$ 1.423.500 | \$ 0                    | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0                  | \$ 0                       | \$ 0  | \$ 0                 | \$ 0                                  | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0  |

**TOTAL PAGADO: \$ 442.500**



## ACTA DE INICIO

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

### ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260129 DEL 2026

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NO. DEL CONTRATO         | CD20260129 DEL 2026                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE   | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE                                                                                                                                                                                                                                                |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA   | LANDETA GELVES MARIANA ALEJANDRA                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NO. DE IDENTIDAD         | 1082874656                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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 HUJMB 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    | 537                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 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 **CD20260129** por otra parte **LANDETA GELVES MARIANA ALEJANDRA** 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 15 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ  
C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

LANDETA GELVES MARIANA ALEJANDRA  
CC 1082874656

Proyecto: María Cárdenas de Alba  
Profesional Administrativo Enfermería

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**3202667246**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000009740 ANEXO:1**

|                                         |     |      |  |                |     |      |       |                |     |      |       |                                     |     |      |       |
|-----------------------------------------|-----|------|--|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|-------------------------------------|-----|------|-------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>BARRANQUILLA</b> |     |      |  | COD. AGE: 320  |     |      |       | RAMO: 89       |     |      |       | PAP:                                |     |      |       |
| DIA                                     | MES | AÑO  |  | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA                                 | MES | AÑO  | HORAS |
| 27                                      | 01  | 2026 |  | 27             | 01  | 2026 | 23:59 | 05             | 09  | 2026 | 23:59 | 27                                  | 01  | 2026 |       |
| FECHA DE EXPEDICIÓN                     |     |      |  | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN                  |     |      |       |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>     |     |      |  |                |     |      |       |                |     |      |       | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b> |     |      |       |

|                                        |     |      |       |                    |     |      |       |                    |     |      |       |                    |     |      |       |
|----------------------------------------|-----|------|-------|--------------------|-----|------|-------|--------------------|-----|------|-------|--------------------|-----|------|-------|
| TIPO DE MOVIMIENTO <b>MODIFICACION</b> |     |      |       | VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       |
| DIA                                    | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO  | HORAS |
| 27                                     | 01  | 2026 | 23:59 | 27                 | 01  | 2026 | 23:59 | 05                 | 09  | 2026 | 23:59 | 27                 | 01  | 2026 | 23:59 |
| VIGENCIA DESDE                         |     |      |       | VIGENCIA DESDE     |     |      |       | VIGENCIA DESDE     |     |      |       | VIGENCIA DESDE     |     |      |       |
| A LAS                                  |     |      |       | A LAS              |     |      |       | A LAS              |     |      |       | A LAS              |     |      |       |

|                                                 |  |  |  |                                        |  |  |  |                             |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|
| <b>DATOS DEL TOMADOR</b>                        |  |  |  | <b>DATOS DEL TOMADOR</b>               |  |  |  | <b>DATOS DEL TOMADOR</b>    |  |  |  |
| NOMBRE: <b>MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES</b> |  |  |  | IDENTIFICACIÓN: CC <b>1082.874.656</b> |  |  |  |                             |  |  |  |
| DIRECCIÓN: <b>CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30</b>  |  |  |  | CIUDAD: <b>SANTA MARTA, MAGDALENA</b>  |  |  |  | TELÉFONO: <b>3225503001</b> |  |  |  |

|                                                    |  |  |  |                                           |  |  |  |                                           |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------|--|--|--|
| <b>DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO</b>          |  |  |  | <b>DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO</b> |  |  |  | <b>DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO</b> |  |  |  |
| ASEGURADO: <b>MARIANA ALEJANDRA LANDETA GELVES</b> |  |  |  | IDENTIFICACIÓN: CC <b>1082.874.656</b>    |  |  |  |                                           |  |  |  |
| DIRECCIÓN: <b>CIUDAD EQUIDAD MZ 10 CASA 30</b>     |  |  |  | CIUDAD: <b>SANTA MARTA, MAGDALENA</b>     |  |  |  | TELÉFONO: <b>3225503001</b>               |  |  |  |
| BENEFICIARIO: <b>TERCEROS AFECTADOS</b>            |  |  |  | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>001-8</b>          |  |  |  |                                           |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|
| <b>DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | <b>DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS</b> |  |  |  | <b>DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS</b> |  |  |  |
| ITEM: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  | DEPARTAMENTO: <b>CUNDINAMARCA</b> |  |  |  | CIUDAD: <b>LA PEÑA</b>            |  |  |  |
| DIRECCIÓN: <b>CALLE 0 No. 0-0 VEREDA BETORO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
| ACTIVIDAD: <b>AUXILIAR DE LA SALUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
| <b>DESCRIPCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  | <b>AMPAROS</b>                    |  |  |  | <b>SUMA ASEGURADA</b>             |  |  |  |
| <b>DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                   |  |  |  | <b>LIMITE POR EVENTO</b>          |  |  |  |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                   |  |  |  | 400,000,000.00                    |  |  |  |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                   |  |  |  | 400,000,000.00                    |  |  |  |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                   |  |  |  | 400,000,000.00                    |  |  |  |
| SUSTITUCION PROVISIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |                                   |  |  |  | 400,000,000.00                    |  |  |  |
| GASTOS DE DEFENSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                   |  |  |  | 40,000,000.00                     |  |  |  |
| DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMIV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
| BENEFICIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
| NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |
| POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACUERDA QUE A PARTIR DE 27/01/2026 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP \$400,000.000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR. QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LÍMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION DEL ANEXO. PARA LOS DEMAS CASOS, APLICARAN LAS CONDICIONES PREVIAS CONTRATADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES. |  |  |  |                                   |  |  |  |                                   |  |  |  |

|                                                |                                |                                    |                       |                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ ***100,000,000.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****33,271 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ *****0.00 | IVA:<br>\$ *****6,322 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****39,593 |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|

|                                     |               |                         |                 |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                 |
| NOMBRE<br>CARIBE SEGUROS LIMITADA - | CLAVE<br>9764 | %PART<br>100.00         | VALOR ASEGURADO |

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 LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/entonces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

|                                                |  |               |  |
|------------------------------------------------|--|---------------|--|
| FIRMA ASEGURADOR                               |  | FIRMA TOMADOR |  |
|                                                |  |               |  |
| (415)7701861000019(8020)0000000000700320266724 |  |               |  |

|                                                                        |         |              |
|------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá | CLIENTE | EXTLBALLEN 0 |
|------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|

CDDA207A080AF47656

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

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE