



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 PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES identificado con C.C. 36719287

Fecha de Diligenciamiento: 2026-02-05

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

Nº CONTRATO: CD20260309

RP: 358

CDP: 2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 7.400.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 3.700.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-01-13

FECHA DE FINALIZACIÓN: 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

PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
36719287
CALLE 9 21E-22- BARRIO ALFONSO LOPEZ
3043822204
PAULINA.LOAIZACE@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

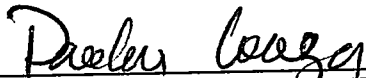
DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-05		
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES		
DOCUMENTO:	36719287		
DIRECCION:	CALLE 9 21E-22- BARRIO ALFONSO LO	TELÉFONO:	3043822204
CORREO ELECTRONICO:	PAULINA.LOAIZACE@GMAIL.COM		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomare costos y deducciones			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº CONTRATO:	CD20260309						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	358	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	7.400.000,00	VALOR A PAGAR:	3.700.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCODE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564922722		
GDP ADICION:	N/A	RP ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
C.C. 36719287 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

PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES

CON C.C.Nº 36.719.287

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Table with 2 columns: OBJETO DEL CONTRATO (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE) and DE FECHA INICIO (13/01/2026)

Table with 2 columns: ITEM (1-27) and ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO. Includes tasks like 'Planeé, organicé, dirigí, realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos'.

II. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

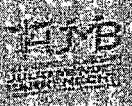
Table with 4 columns: No. DE PLANILLA (4635691324), OPERADOR (SOI), CONCEPTO DEL PAGO (SALUD, PENSIÓN, RIESGOS LABORALES), ENTIDAD (SANITAS, COLPENSIONES, POSITIVA), FECHA DE PAGO (28/01/2026), and VALOR PAGADO (\$180.600, \$231.200, \$35.300).

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el Informe anexo, dentro del periodo 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 de señalado contrato.

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soportan las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Table with 2 columns: FIRMA DEL CONTRATISTA (with signature) and N°. IDENTIFICACIÓN: (C.C. 36.719.287)



ACTA DE INICIO

CODIGO 61025
VERSION 1.02
FECHA DE ULTIMA REVISION 09/02/2025
PAGINA 1 DE 2

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260309 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260309 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
NO. DE IDENTIDAD	36719287
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MIL (\$7.400.000)
FORMA DE PAGO	EL HUMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas (\$) por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MIL (\$3.700.000) 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 EJECUCION	Previo a la realización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026
GDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	358
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos: MILCIADES OSORIO SANCHEZ (mayor de edad, identificadora) 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 CD20260309 por una parte y PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES 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 María a los 13 días del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR

CONTRATISTA

Milciades Osorio Sanchez
MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. 8.742.789

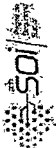
Paulina Esther Loaiza Cervantes
PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
CC 36719287

Prof. Dra. Alba
Profesional Asistencial Enfermería

780185-2

era 14 B 2342, Los Alcazares
encia@hujmb.gov.co

@hujuliomendezo
 www.hujmb.gov.co



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTE
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: **NOVEMBER** NÚMERO DE IDENTIFICACION: **3871827**

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA: NÚMERO PLANILLA: **4635691324** TIPO DE FAMILIA: **INDEPENDIENTES**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: **NOVEMBER** NÚMERO DE IDENTIFICACION: **3871827**

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA: NÚMERO PLANILLA: **4635691324** TIPO DE FAMILIA: **INDEPENDIENTES**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: **NOVEMBER** NÚMERO DE IDENTIFICACION: **3871827**

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA: NÚMERO PLANILLA: **4635691324** TIPO DE FAMILIA: **INDEPENDIENTES**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COTIZACION		SOLIDARIDAD		ESP		MORA		APORTES		VALOR PAGADO	
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR
25-14	25-14 COPIAS	1	\$ 230.000	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 230.000	1	\$ 230.000
SUB-TOTALES:													
											TOTALES	\$ 230.000	
											TOTALES	\$ 230.000	

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LICENCIA MATERIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		VALOR PAGADO		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
7365	7365 PLANILLA	1	\$ 180.000	1	\$ 0	1	\$ 180.000	1	\$ 0	1	\$ 180.000	
SUB-TOTALES:												
											TOTALES	\$ 180.000
											TOTALES	\$ 180.000

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	INCAPACIDAD IER		PLANILLA		VALOR		LIQUIDACION		VALOR PAGADO		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 33.100	1	\$ 0	1	\$ 33.100	1	\$ 0	1	\$ 33.100	
SUB-TOTALES:												
											TOTALES	\$ 33.100
											TOTALES	\$ 33.100

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 1440.000
															TOTALES	\$ 1440.000

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CENTRO		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	1	\$ 3871827	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 3871827
															TOTALES	\$ 3871827

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IBIC		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 1440.000
															TOTALES	\$ 1440.000

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IBIC		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 1440.000
															TOTALES	\$ 1440.000

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IBIC		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 1440.000
															TOTALES	\$ 1440.000

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IBIC		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		VALOR		
		NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	NO. COTIZANTES	VALOR	
1423	1423 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	1	\$ 1440.000	
SUB-TOTALES:																
															TOTALES	\$ 1440.000
															TOTALES	\$ 1440.000

TOTAL PAGADO: \$ 447.300



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE OCURRENCIA**

Ciudad de Expedición BOGOTA, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 62-03-101072319	ANEXO No. 1
---	---	--	--------------------------------------	-----------------------

TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE	NIT 860.020.082-1
DIRECCION CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES	CC 36.719.287
DIRECCION CALLE 9 21 E 22 B ALFONSO LOPEZ	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	TELEFONO 4212730
	NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
05 / 02 / 2026	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 02 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 02 / 2027	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 02 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 02 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00			

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA + INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 0.00	\$ 80,000,000.00
DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 400,000,000.00 \$ 400,000,000.00	
DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD			
OBJETO DE LA POLIZA:			

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****400,000,000.00	PRIMA:	\$ *****218,970.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****41,604.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****260,574.00

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 SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACION 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 TERMINACION AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - 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, D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA PAGO:
1102110378900-6

(415) 7709998021167 (8020) 11021103789006 (3900) 000000260574 (96) 20270213

62-03-101072319
CLARASABRIA

CLIENTE

TCMAECS

CLARASABRIA

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101072319	1
TOMADOR	SOCIÉDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE		NIT 860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES		TELEFONO 6196077
DIRECCION	CALLE 9 21 E 22 B ALFONSO LOPEZ	CC	36.719.287
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		TELEFONO 4212730
		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION/ PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/36719287

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL 13/02/2026 HASTA LAS 24 HORAS DEL 13/02/2027

UBICACION CONSULTORIO: NO

SINIESTRALIDAD: NO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil)

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001
En adicin a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 - 1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO: \$ 400.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa, (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA: ENFERMERA JEFE/PROFESIONAL

COBERTURAS:
1. AMPARO BASICO:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que, de acuerdo con la ley, incurra el asegurado derivada de la actividad profesional de la salud (actos en desarrollo de la actividad profesional de la salud asegurada) descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite o sublimites de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la pliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFOS: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de danos materiales o personales al beneficiario, de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.