E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA identificado con C.C. 57464320

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-02

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:	CD20260199	RP:	65	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-07	FECHA DE FINALIZACION:			2026-02-28
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANÓS Y TOCOFANOS				

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

TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON
85455393
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANÓS Y TOCOFANOS

MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA
57464320
CONJUNTO RESERVA DE CURINCA POBLADO TORRE 5 APT 304
3128887143
MAIRITH1117@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-02**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA		
DOCUMENTO:	57464320		
DIRECCIÓN:	CONJUNTO RESERVA DE CURINCA PO	TELÉFONO:	3128887043
CORREO ELECTRONICO:	MAIRITH1117@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:	CD20260199						
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:	65	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-07	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:	91210093112
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**						

FIRMA

MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA
C.C. 57464320 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260199 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20260199** DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH**
NO. DE IDENTIDAD	**57464320**
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/I. ($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	Previa legalización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	65
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS**

Entre los suscritos, **TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.455.393**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260199** por otra parte **HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH** 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 7 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON
C.C 85.455.393

CONTRATISTA,

HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH
CC 57464320

Proyectó: María Claudia De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	~~CODIGO: GJG23F~~ 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

MAYLIN HERNANDEZ ZABALETA

CON C.C Nº 57.464.320

I.INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260199 **DE FECHA INICIO** 07/01/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado.
2	Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficiente.
3	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
4	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
5	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
6	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
7	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas 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 Barrenecha. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
8	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
9	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	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.
11	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
12	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
13	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamantados
14	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.
15	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9496855495	**OPERADOR:**	**APORTE EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	30/01/2026	$ 179.800
PENSIÓN:	PROTECCION	30/01/2026	$ 230.100
RIESGOS	POSITIVA	30/01/2026	$ 35.100

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 documentale

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Maylin Hernandez Zabaleta
Nº. IDENTIFICACIÓN:	57.464.320

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57464320		HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AP 304 TORRE 5 CONJUNTO	SANTA MARTA-MAGDALENA	3006966757	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-12	2025-12	1000000647	9496855495		2026/01/07	2026/01/30	BANCO DE BOGOTA	23	$446,900	

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	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
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
Ciudad: 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
1	CC 57464320	HERNANDEZ MAILYN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	0		$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	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

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2026/01/30 03:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57464320		HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AP 304 TORRE 5 CONJUNTO	SANTA MARTA-MAGDALENA	3006966757	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-12	2025-12	1000000647	9496855495	I	2026/01/07	2026/01/30	BANCO DE BOGOTA	23	$446,900	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$3,300	$0	$231,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0		$227,800	$3,300	$0	$231,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$500	$0	$35,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6		$34,700	$500	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$2,600	$0	$180,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4		$178,000	$2,600	$0	$180,600
TOTAL				1	$440,500	$6,400	$0	$446,900

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2026/01/30 03:11 PM

PÓLIZA Nº
1014348

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
30	1	2026	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	24943150-MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA	CC	57.464.320
DIRECCIÓN	MZ 56 CA 10 BRR EL PANDO, SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO	3006966757
ASEGURADO	24943150-MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA	CC	57.464.320
DIRECCIÓN	MZ 56 CA 10 BRR EL PANDO, SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO	3006966757

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA	3502	35	30	1	2026	30	1	2026	00:00	30	1	2027	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00	4. 30 DIAS	$ 375,000,000.00

CARGAR A: HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, SANTA MARTA, MAGDALENA

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	375,000,000.00	SI	210,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	37,500,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	18,750,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	375,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	375,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	75,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	37,500,000.00		

BENEFICIARIOS Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 % NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:
Texto Continua en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******210,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******39,900.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****249,900.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

02/02/2026 10:26:38

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
2021	1	HILLER FRANCISCO GARCI		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014348 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

TOMADOR / ASEGURADO: HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH
C.C.: 57.464.320

CLASE: CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA.

ESPECIALIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

VIGENCIA DEL SEGURO: Un año.

OBJETO:
Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP-004VERSIÓN09-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA:
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD:
Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL: República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN: República de Colombia

LIMITE ASEGURADO: $ 375.000.000 por evento y por vigencia Según solicitud del cliente, combinado para todos los amparos.
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado.

AMPAROS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.2. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.3. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; Sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

Texto Continua en Hojaś de Anexos...