| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 NATHALIE ALVARADO LOPEZ identificado con C.C. 1083035997**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-01-29 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | |
| N° CONTRATO: | CD20261116 | RP: | 618 | CDP: | 2 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 12.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 6.000.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-16 | 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

**Pendiente**

## 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

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**NATHALIE ALVARADO LOPEZ**

**CON C.C Nº 1.083.035.997**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20261116** | **DE FECHA INICIO** | 16/1/2026 |

| 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 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el líder de área o subgerente científico de E.S.E |
| 2 | Entrega de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente. |
| 3 | Realizar seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el Formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos |
| 4 | Realizar registró en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los |
| 5 | En la evolución médica diaria debe evidenciarse y anotarse los cambios y/o avances en el diagnóstico y tratamiento, lo cual incluye la posibilidad de cambio en el diagnóstico. |
| 6 | Realizar seguimiento de la aplicación de hemoderivados con registro en la historia clínica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transfusional y pos-transfusional. |
| 7 | Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes. |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SURA** | | |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | | |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | | |

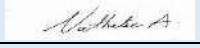
**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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:** |  |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1.083.035.997** |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No.** CD20261116 **DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20261116 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **ALVARADO LOPEZ NATHALIE** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1083035997 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **12.000.000 (DOCE MILLONES DE PESOS M/C)** |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 2 CUOTA(S), POR VALOR DE SEIS MILLONES DE PESOS M/L. ($6.000.000). 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 LEGALIZACION HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026 |
| **CDP** | 2 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | **618** |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO** |

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20261116 por otra parte ALVARADO LOPEZ NATHALIE, 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 16 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**
**C.C. No.** 8.742.789

CONTRATISTA,

Nathalie Alvarado

**ALVARADO LOPEZ NATHALIE**
1083035997

COPIA CONTROLADA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, NATHALIE ALVARADO LÓPEZ identificado(a) con CC 1083035997 registra la siguiente información.

| Datos del empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185 | Fecha de inicio de cobertura: 21-01-2026<br>Estado Afiliación: ACTIVO<br>Fecha inicio de contrato: 20-01-2026<br>Fecha fin de Contrato: 31-12-2026<br>Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>Clase de Riesgo: 3<br>Actividad Económica: 3861001 |

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 dia(s) del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



Scanned with CamScanner

| HJMB HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO | CODIGO: GTHA34F<br>VERSION: 11<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/07/2025<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre completo** | Nathalie Alvarado Lopez | | |
| **Cedula** | 1083035997 | | |
| **Fecha de Ingreso** | 20/01/2026 | **Área de ingreso** | Hospitalización |

**Señale con una x si el proceso es Inducción ( ) o Reinducción (X)**

**Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante SI ( ) NO (X)**
**Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:**

**Nombre del líder del proceso:**
Wilmadeis Osorio Sanchez

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FIRMA RESPONSABLE | HORA |
|---|---|---|---|
| 1. Inicia Proceso de Contratación o Firma de actos administrativos (Personal de Planta) | Oficina de Contratación (Personal de OPS) ó Talento Humano (personal nombrado) | Erick Alvarado | 9:00 Am |
| 2. Inducción de Talento Humano | Dra. Ana Carolina y/o Persona designada | Ana Arrepolado | 8:45 a.m. |
| 3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo | Grupo de Trabajo SST | | 9:00 a.m. |
| 4. Induccion de SARLAFT | Deisy Zagarra | | 10:00 a.m. |
| 5. Inducción en la codificación internacional de enfermedades – **CIE,** dirigida a Médicos y especialistas. | Estrella Zambrano | | 10:30 a.m. |
| 6. Inducción del área de Sistemas, creación de usuario y asignación de la contraseña / Intranet. | Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada | | 2:30 p.m. |
| 7. Entrega inventario del área (planta) | Sr. Luis Castro Almacén | N/A. | |
| 8. Inducción al Puesto de Trabajo | Líder de Proceso ó Supervisor | Wilmadeis Osorio A. | |
| 9. Entrega del formato en Talento Humano o en archivo de contratación | Talento Humano ó Archivo de Contratación | | |

Scanned with CamScanner

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**NATHALIE ALVARADO LOPEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.035.997**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

EPS

sura

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**La EPS Suramericana S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA,**

**CERTIFICA**

Que **Nathalie Alvarado Lopez** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **1083035997,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1083035997 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Nathalie Alvarado Lopez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 22/08/2025 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 13 |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO | 13 |
| EMPLEADOR(ES) | 3 Independiente Desde 27/01/2026 - Vigente |

Generado por dinasare 27/01/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

Scanned with CamScanner

# Certificación Bancaria

Martes, 06 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que NATHALIE ALVARADO LOPEZ identificado(a) con CC 1083035997, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 91224753221 | 2021-08-11 | ACTIVO | ***** |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co



MAPFRE

# ¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

**Estimado,**
**ALVARADO LOPEZ NATHALIE**

## ¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

[redacted]

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciend[redacted]

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

VALENCIA SAAVEDRA LUZ KARIME
Móvil: 3224630186
Email: LUZ.KRIME@HOTMAIL.COM

No olvides ingresar a [redacted] para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a [redacted] para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novendades, tips, eventos:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

R-C MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

# RC MÉDICA MAPFRE

## PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

**INICIACIÓN**
Polizá No 5314225000018
Ref.31961833600
Copia



## INFORMACIÓN GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 / 732 | 0 | 1 | COMERCIO ELECTRONICO | Avenida Carrera 70 No 99 - 72 | BOGOTA D.C. |

| TOMADOR | NIT / CC | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| ALVARADO LOPEZ NATHALIE | 1083035997 | CL 17 # 21 A - 21 | SANTA MARTA | 3504363 |

| ASEGURADO | NIT / CC | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| ALVARADO LOPEZ NATHALIE | 1083035997 | CL 17 # 21 A - 21 | SANTA MARTA | 3504363 |
| ASEGURADO | NIT / CC | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO |
| N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | |

| BENEFICIARIO | NIT / CC | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| CUALQUIER TERCERO AFECTADO | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. |

## PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| VALENCIA SAAVEDRA LUZ KARIME | ADM | 11983 | 3224630186 | 100,00 |

## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |
| 6 | 1 | 2026 |

| VIGENCIA POLIZA | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS |
|---|---|---|---|---|---|
| INICIACIÓN | 00:00 | 6 | 1 | 2026 | 365 |
| TERMINACIÓN | 00:00 | 6 | 1 | 2027 | |

| VIGENCIA CERTIFICADO | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS |
|---|---|---|---|---|---|
| INICIACIÓN | 00:00 | 6 | 1 | 2026 | 365 |
| TERMINACIÓN | 00:00 | 6 | 1 | 2027 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA |
| ESPECIALIDAD | MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| CIUDAD | SANTA MARTA |




## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R.C. actos medicos - Medicos | $750.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Gastos de defensa | $300.000.000,00 | 10 % PERD |
| Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente | $750.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Asistencia medica emergencia | $750.000.000,00 | 10 % PERD |

Profesionalmente ... Seguro

RC






Aplica el Condicionado General Codigo: 28/05/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24-D 00I26052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

MAPFRE

## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 253.315,00 | $ 20.000,00 | $ 273.315,00 | $ 51.930,00 | $ 325.245,00 |

*(415)7707289180029(8020)031961833600(3900)0000325245(96)20260106*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR´Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

## CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

**TOMADOR**