| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO identificado con C.C. 1082884357**

| 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: | CD20260412 | RP: | 547 | CDP: | 2 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 12.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 6.000.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-15 | 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

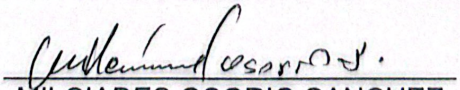
**Pendiente**

## 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

**JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO**
**1082884357**
**CARRERA 21 31-04**
**3214816000**
**JOSSUA7817@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-01-29** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO | | |
| DOCUMENTO: | 1082884357 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 21 31-04 | TELÉFONO: | 3214816000 |
| CORREO ELECTRONICO: | JOSSUA7817@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: | CD20260412 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UŃIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 547 | CDP: | 2 | FECHA INICIO: | 2026-01-15 | FECHA FINAL: | 2026-02-28 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 12.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 6.000.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | Bbva | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 078144598 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETÓ DE COBRO:** | **Enero** |

## FIRMA

JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
C.C. 1082884357 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CODIGO: GJC25F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 09/1/2025<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260412 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20260412 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1.082.884.357 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE 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 CUOTAS, 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 DEL CONTRATO SIN EXCEDER 28 DE FEBRERO 2026 |
| **CDP** | 2 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 547 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO |

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789** expedida en Santa Martá, obrando en calidad de **Profesional ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260412** por otra parte **JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.082.884.357** en su condición de contratista 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**
**CC.** 8.742.789

CONTRATISTA,

**JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO**
**CC.** 1.082.884.357

COPIA NO OFICIAL

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO GJ C23F VERSION 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION 22/08/2024 PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO CON C.C Nº 1082884357**

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COM O M EDICO GENERAL PARA ANALIZAR ACTIVDADES ASISTERNCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL JULIO M ENDEZ BARRENECHE . |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20260412 | DE FECHA INICIO | 15/01/2026 |

| 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 especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | REALICESEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES YADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO, DEJANDO REGISTRO DEETSA ACTIVIDAD EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE, CON EL FIN DE AGILIZARY OPTIMIZAR LOS PROCESOS |
| 2 | REALICEREGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DEEVOLUCION MEDICA, HISTORIA CLINICA DEINGRESO, EPICRISIS, FORMULACION, REGISTRO DEEXAMENES PARACLINICOS, IMAGENES DIAGNOSTICAS YOTROS, CON FIRMA YSELLO, SEGUN |
| 3 | REALICESOLICITUD DEEXAMENES DIAGNOSTICOS, REMISIONES, INTERCONSULTAS, CON FIRMA YSELLO SEGUN INDICACION DEMEDICOS ESPECIALISTAS |
| 4 | PARTICIPEEN LAS RONDAS MEDICAS DECADA ESPECIALIDAD DURANTEMI TURNO PARA PRESENTAR LA EVOLUCION DIARIA DELOS PACIENTES DEL SERVICIO AL QUEPERTENEZCO |
| 5 | REALICEPROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO EN LOS SERVICIOS DEHOSPITALIZACION YCONSULTA EXTERNA |
| 6 | CUMPLI RIGOROSAMENTECON EL CUADRO DETURNO EMITIDO POR LA COORDINACION DEHOSPITALIZACION YCUIDADO CRITICO |

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

| No. DE PLANILLA: | 9497173353 | OPERADOR: FECHA DE PAGO | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COOSALUD | 28/01/2026 | 280,000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 28/01/2026 | 358,400 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 28/01/2026 | 54,566 |

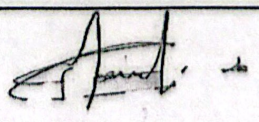
**IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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.

**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: |  |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 1082884357 |

## Planilla de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082884357 | | GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 21 N 31-04 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 7777777 | 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 | 13425596 | 9497173353 | I | 2026/01/16 | 2026/01/28 | NEQUI | 12 | $698,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $2,240,000 | $358,400 | | | $2,240,000 | $280,000 | | | $0 | $0 | | | $2,240,000 | $54,600 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $2,240,000 | $358,400 | | | $2,240,000 | $280,000 | | | $0 | $0 | | | $2,240,000 | $54,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $2,240,000 | $358,400 | | | $2,240,000 | $280,000 | | | $0 | $0 | | | $2,240,000 | $54,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1082884357 | GUTIERREZ JOSSUA | 231001 | 30 | $2,240,000 | $358,400 | ESSC24 | 30 | $2,240,000 | $280,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,240,000 | $54,600 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | $2,240,000 | $358,400 | | | $2,240,000 | $280,000 | | | $0 | $0 | | | $2,240,000 | $54,600 | | $0 | $0 |



2026/01/27 08:22 PM

## General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

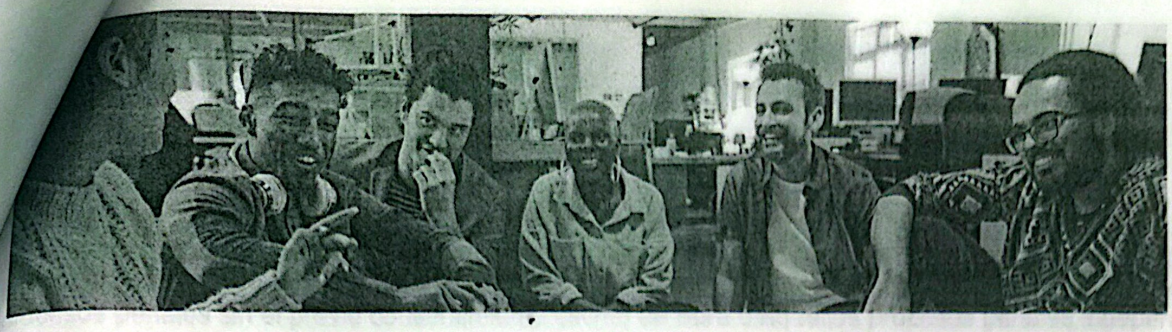
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082884357 | | GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 21 N 31-04 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 7777777 | 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 | 13425596 | 9497173353 | I | 2026/01/16 | 2026/01/28 | NEQUI | 12 | $698,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $358,400 | $2,700 | $0 | $361,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $358,400 | $2,700 | $0 | $361,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $54,600 | $500 | $0 | $55,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $54,600 | $500 | $0 | $55,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,000 | $2,100 | $0 | $282,100 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $280,000 | $2,100 | $0 | $282,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $693,000 | $5,300 | $0 | $698,300 |



## INFORMACIÓN GENERAL

| Ciudad y fecha | Oficina radicación | Número de cotización | Número de póliza | Documento |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUÉ, 2025-06-24 | 2508 - SUCURSAL IBAGUE | 03023371250502597925 | 013000843228 | EXPEDICIÓN RENOVACIÓN |

Vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2025-06-28 | Hasta las 24:00 horas del 2026-06-28 | Días de vigencia del seguro: 365

Moneda
COP

## ASESOR

| Nombre | Código |
|---|---|
| RAMIREZ*TRUJILLO**NATALIA | 57100 |

## TOMADOR

| Nombre | Tipo de identificación | Número de identificación | Tomador principal | Calidad Tomador | Dirección de correspondencia |
|---|---|---|---|---|---|
| JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO | CEDULA DE CIUDADANIA | 1082884357 | ✓ | En nombre propio | cra 21 # 31 - 04 primero de mayo |

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN



## RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

## ASEGURADO

| Nombre | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO | CEDULA DE CIUDADANIA | 1082884357 |

## BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General | Valor asegurado: $526.000.000

Fecha de retroactividad: 28/06/2022

| COBERTURA | SUBLÍMITE EVENTO | SUBLÍMITE VIGENCIA | DEDUCIBLE |
|---|---|---|---|
| Gastos de Defensa | 100% | 100% | 0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Responsabilidad del empleador | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Gastos de defensa por tribunal de ética médica | 10% | 10% | 0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Gastos de Defensa (Penales) | $50.000.000 | $50.000.000 | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Período adicional para notificaciones | 100% | 100% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| sistencia juridica telefonica | | | |
| esponsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o ersonales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| esponsabilidad civil por el uso de equipos especiales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| ores y Omisiones en Dictamenes periciales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| sponsabilidad Civil profesional | 100% | 100% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |

# NDICIONES PARTÍCULARES

## Cláusulas

### Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

### Anexo asesoría jurídica telefónica

SURA por solicitud del asegurado brindará vía telefónica, la asesoría legal en cualquier rama del derecho (Civil, Comercial, Consumidor, Administrativo, Policivo, Penal, Notarial, Familiar, Laboral), las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. El tiempo máximo en línea será de 60 minutos por evento. Se podrá brindar la asistencia en cualquier ciudad siempre y cuando se tenga recepción de las llamadas telefónicas. A comunicación se describe la pertinencia en cada rama:

a.Derecho civil: El asegurado recibirá asesoría jurídica en adquisición de bienes muebles, inmuebles, y sujetos a registro, garantías hipotecarias y prendarias, contratos para remodelación de vivienda, régimen de propiedad horizontal (conjuntos/edificios), responsabilidad civil contractual y extracontractual en eventos de tránsito, celebración, ejecución y finalización de contratos. b.Derecho comercial: El asegurado recibirá asesoría en actos de comercio, obligaciones y contratos mercantiles, venta y adquisición de establecimientos de comercio, títulos valores. c.Derecho del consumidor: El asegurado recibirá orientación frente a la aplicación del estatuto de protección al consumidor, cumplimiento de garantías de bienes y servicios, publicidad engañosa. d.Derecho administrativo: El asegurado recibirá asesoría en derechos de petición, quejas y trámites ante entidades públicas, acción de tutela y derechos fundamentales, servicios públicos domiciliarios. e.Derecho policivo: El asegurado recibirá asesoría en reclamaciones ante autoridades de policía, impugnación de comparendos, obtención de permisos para funcionamiento de negocios. f.Derecho notarial: El asegurado recibirá orientación frente a trámites de documentos ante las notarías tales como sucesiones, matrimonio, registros del estado civil y su corrección, declaraciones extrajudiciales, cancelación de gravámenes a la propiedad, tradición de bienes sujetos a registro. g.Derecho familiar: El asegurado recibirá orientación en régimen legal del matrimonio, régimen económico, afectaciones al patrimonio de familia, patria potestad, custodia, sucesiones con o sin testamento. h.Derecho laboral: El asegurado podrá recibir orientación en la contratación de empleados domésticos, liquidaciones, modalidades de vinculación laboral, invalidez, incapacidades, pensiones. i.Derecho penal: El asegurado podrá recibir orientación siempre que lo solicite en aspectos relativos a representación en procesos penales, estafa, lavados de activos, extinción de dominio, elaboración denuncias, abuso de confianza, violación de la libertad de trabajo o captación masiva o habitual.

Los temas que no se encuentren mencionados anteriormente, estarán sujetos a validación por parte de SURA.

PROCESO DE PRESTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

1.SURA recibirá solicitudes directamente desde el #888 opción 1.2 siendo éste el único autorizado para la activación de asistencias. 2.Los usuarios podrán acceder al servicio las 24 horas del día los 7 días de la semana, 365 días del año. La línea de Asistencia de Sura recibirá la llamada solicitando los siguientes datos al usuario: a.Nombre y Apellidos. b.Número de identificación del cliente y plan (número de póliza). c.Ciudad. d.Teléfonos de contacto. e.Contexto de la necesidad.

RESPONSABILIDAD

SURA será responsable de la prestación de los servicios convenidos, pero deja expresa constancia que este amparo es de medio y no de resultados, por lo cual el asegurado acepta que SURA no será responsable de los resultados de las acciones emprendidas por él o por las personas que él autorice, con ocasión de la asesoría recibida.

TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo tendrá una duración de un año a partir de la fecha de su suscripción y podrá ser renovado por el mismo término (renovación de la póliza), una vez culminado el plazo inicial, por acuerdo de las partes, previos los ajustes que pudieran ser requeridos en sus términos y condiciones.

### Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

### Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Período Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Período Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente.

Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Las Reclamaciones que se presenten durante el Período Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro.

El costo de este período adicional de notificaciones será:

- 68% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses.
- 108% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## ula de compensación

ebes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos lores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

## Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

## Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

## Ubicación de predios

CR 43 B 82-114

## Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

## Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

## Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

## No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

## Exclusiones

### Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

### Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

### Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

### Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

### Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

### Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

### Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

## Textos y aclaraciones

Se incluye como beneficiario a E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

**VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

| Tasa | Valor asegurado | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|---|
| 0,9367‰ | $526.000.000 | $492.730 | $93.619 | $586.349 |
| | | | **Valor total a pagar más IVA** | **$586.349** |

**VALOR A PAGAR DEL SEGURO**

| Solución | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | $492.730 | $93.619 | $586.349 |

| A PAGAR DEL SEGURO | | | |
|---|---|---|---|
| LOR TOTAL | $492.730 | $93.619 | $586.349 |

## FINANCIACIÓN

| Número de cuotas | Cuota mensual* |
|---|---|
| 3 | $204.054 |

* El servicio de financiación es operado a través de Servicios Generales Suramericana SAS

## ASESORES

| Código | Nombre del asesor principal | Lider |
|---|---|---|
| 57100 | RAMIREZ*TRUJILLO**NATALIA | ✓ |

# CONDICIONES GENERALES

## DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

| Solución | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de entidad | Tipo de documento | Ramo al cual pertenece | Identificación de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | 2009-06-01 | 13-18 | P | 06 | F-01-13-064 |

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

## DEFINICIONES

### SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

### SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

### SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención". En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.




SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA