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 JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ identificado con C.C. 73145144

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:	CD20260404	RP:	327	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			6.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-13	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

JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ
73145144
CARRERA 7B 29 47 CRA 7B #29-47 TAMINACA
3242134326
JESUS_CAMACHO2607@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ		
DOCUMENTO:	73145144		
DIRECCIÓN:	CARRERA 7B 29 47 CRA 7B #29-47 TAM	TELÉFONO:	3242134326
CORREO ELECTRONICO:	JESUS_CAMACHO2607@HOTMAIL.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:	CD20260404
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	327	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-02-28

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

BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235301421

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

Jesus A. Camacho J.

JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ
C.C. 73145144 expedida en CARTAGENA

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**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

JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ

CON C.C N° 73145144

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.	**CD20260404**	**DE FECHA INICIO**	**13/1/2026**

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	Deje registro en la historia clínica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica.
2	Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.
3	Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.
4	Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Científica
5	Realizo ronda médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evolución ordenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS y epicrisis de los pacientes hospitalizados.
6	9.Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4634624844**	**OPERADOR:**	**SOI**

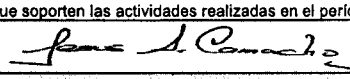
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/12/2025	$ 448.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2025	$ 350.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/12/2025	$ 68.000

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:	**73145144**	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73145144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 7B 29-47 TAMINAKA 2	TELÉFONO:	4376887
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4634624844	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995069534

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.400	$ 0	$ 358.400
SUBTOTALES:										$ 358.400	$ 0	$ 358.400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000
SUBTOTALES:													$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0			$ 0	$ 54.600	$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54.600
SUBTOTALES:				$ 0			$ 0	$ 54.600	$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54.600

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 73145144	ZAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.240.000				NO																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.240.000	$ 358.400	$ 0			$ 0	Normal	$ 358.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.240.000	$ 280.000	$ 0	$ 280.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 2.240.000	$ 73145144	$ 54.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 693.000

Planilla Pagada

HUJMB ESE 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. CD20260404 **DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20260404
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO**
NO. DE IDENTIDAD	73145144
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	**327**
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 CD20260404 por otra parte CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO, 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 13 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO
73145144

R-C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	2	1	RED AGENCIAL B/QUILLA	CALLE 80 NO 43-53	BARRANQUILLA

TOMADOR CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO	**NIT / CC** 73145144	**DIRECCIÓN** KR 7B 29 47	**CIUDAD** BARRANQUILLA	**TELEFONO**
ASEGURADO CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO	**NIT / CC** 73145144	**DIRECCIÓN** KR 7B 29 47	**CIUDAD** BARRANQUILLA	**TELEFONO**
ASEGURADO N.D.	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
SCARPATI ORTEGA FRANK GIORGIO	APM	98630	3046085067	100,00

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
8	1	2026	INICIACIÓN	00:00	22	5	2025	365	INICIACIÓN	00:00	8	1	2026	134
			TERMINACIÓN	00:00	22	5	2026		TERMINACIÓN	00:00	22	5	2026	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA
ESPECIALIDAD	MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
CIUDAD	BARRANQUILLA

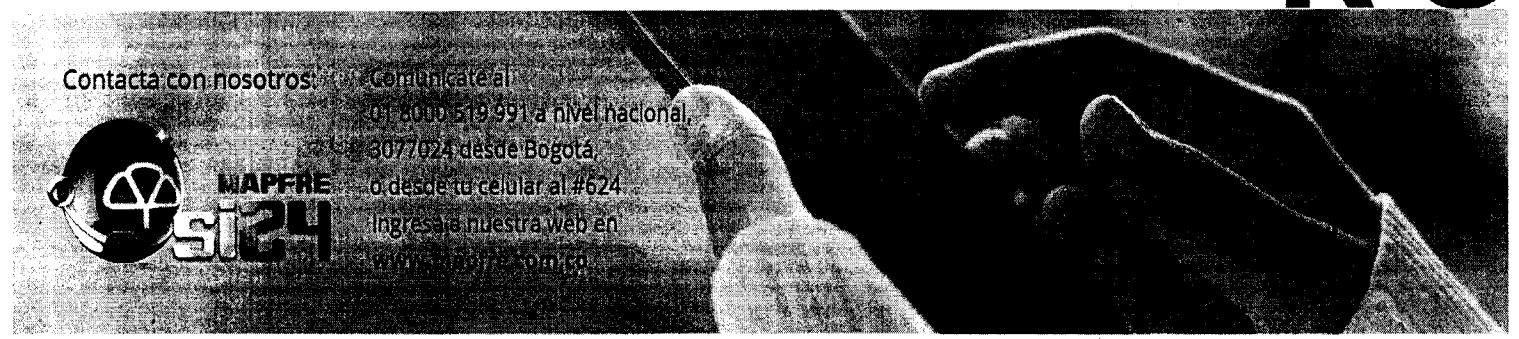


COBERTURAS

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

Profesionalmente ... Seguro

R-C



ca el Condicionado General Codigo:
/5/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24-D
18052024

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
$ 13.141,00	$ 20.000,00	$ 33.141,00	$ 6.297,00	$ 39.438,00

(415)7707289180029(8020)031969517221(3900)0000039438(96)20260108

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones EE250 - AUMENTO A 750 MILL

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, PRODUCIRÁ 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.

ANEXOS

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES DE LA SALUD

MODALIDAD: Ocurrencia (2 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

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $750.000.000 evento / agregado anual

-R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50 % del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

-Gastos judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exc eso de éste.

-PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual, sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

DEDUCIBLES: -Básico 10% MÍNIMO $ 1.000.000 -No opera para Gastos Médicos -Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA, LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTEDEL 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 CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

-R.C. Extracontractual

-Bienes bajo cuidado tenencia y control

-Restablecimiento automático de valor asegurado.

-Errores e inexactitudes diferentes a 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 un a 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.

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 tran smisible 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 cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la pre sente 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 otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión 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 ame nazar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

ANEXO ACLARATORIO 2:

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AUMENTO DE VALOR ASEGURADO A $750.00 0.000. A PARTIR DE LA FECHA 08-01-2026, LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN SIN CAMBIOS.

---

ca el Condicionado General Codigo:
05/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24-D
26052024

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

CLAUSULAS

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5096 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

ca el Condicionado General Codigo:
)5/2024-1326-P-06-00000VTE063MAY24-D
16052024

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.