

	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
DENISSE MAITE MEDINA TEJEDA identificado con C.C. 1104869859**

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:	CD20260414	RP:	163	CDP:	2
---------------------	------------	------------	-----	-------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00
----------------------------------	---------------	-------------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-08	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

DENISSE MAITE MEDINA TEJEDA
1104869859
MZ G1 CASA 2 CURINCA
3012789951
MAITE1117@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DENISSE MAITE MEDINA TEJEDA		
DOCUMENTO:	1104869859		
DIRECCIÓN:	MZ G1 CASA 2 CURINCA	TELÉFONO:	3012789951
CORREO ELECTRONICO:	MAITE1117@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:	CD20260414						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	163	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00		VALOR A PAGAR:	6.000.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116500144393		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA

Denisse Medina Tejeda

DENISSE MAITE MEDINA TEJEDA
C.C. 1104869859 expedida en SANTIAGO DE TOLU

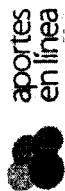
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1
---	--	--

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y			
Denisse Malte Medina Tejeda			
CON C.C N° 1104869859			
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.	CD20260414	DE FECHA INICIO	8/1/2026
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO. (Deben ser consignadas 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 epícrisis de los pacientes hospitalizados.		
6	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:	9497864877	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	15/1/2026	\$ 280.000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/1/2026	\$ 359.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/1/2026	\$ 54.600
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 para cumplir las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
FIRMA DEL CONTRATISTA:	Denisse Malte Medina Tejeda		
N°. IDENTIFICACIÓN:	1104869859		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF			
CC 1104869859		MEDINA TEJEDA DENISE MAITE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ITZ 51 casa 2 curucia	SANTA MARTA-MAGDALENA	3072789951	No			

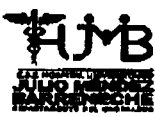
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor			
2025-12	2025990218	9497854877	I	2026/01/16	2026/01/15	BANCOLOMBIA	0	\$787,300			

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO		NOVEDADES				PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Identificación	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)															
1	CC 1104869859	MEDINA DENISE													
Total Afiliados(1)															



Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$384,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$384,000	\$0	\$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,500	\$0	\$58,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$58,500	\$0	\$58,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,800	\$0	\$44,800
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	1	\$44,800	\$0	\$44,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$300,000	\$0	\$300,000
TOTAL				1	\$787,300	\$0	\$787,300

	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1
---	-----------------------	--

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20260414 DEL 2026

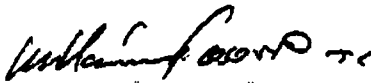
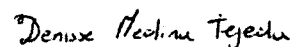
NO. DEL CONTRATO	CD20260414
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MEDINA TEJEDA DENISSE MAITE
NO. DE IDENTIDAD	1104869859
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN 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 HJMB 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 LEGALIZACIÓN HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	183
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20260414 por otra parte **MEDINA TEJEDA DENISSE MAITE**, 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 8 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

MEDINA TEJEDA DENISSE MAITE
1104869859



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 62-03-101068740	ANEXO No. 1
TOMADOR DIRECCION	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE CR 15 A NRO. 120 - 74		NIT 860.020.082-1	TELEFONO 6196077
ASEGURADO DIRECCION	DENISSE MAITE MEDINA TEJADA MZ 61 CASA 2		CC 1.104.869.859	TELEFONO 3012789951
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 03 / 05 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 03 / 05 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 03 / 05 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 03 / 05 / 2026	
INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	CLAVE 72960	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION GASTOS DE DEFENSA	AMPAROS GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	SUMA ASEGURADA \$ 0.00	% INVAR	SUBLIMITE \$ 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	\$ 560,000,000.00 \$ 560,000,000.00
---	---

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****560,000,000.00	PRIMA: \$ *****267,630.00
PLAN DE PAGO: CONTADO	IVA: \$ *****50,849.00
	TOTAL A PAGAR: \$ *****318,480.00

TÉRMINO 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 INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN 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 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11 A 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



(415) 7709998021167 (8020) 11021103491655 (3900) 000000318480 (96) 20260503

**REFERENCIA
PAGO:**
1102110349165-5

62-03-101068740-PRIMA AUTORIZADA

TCM/CCP

CLIENTE

Oficina Principal:
AUTOPISTA NORTE #
103 - 60, PISO 5
Telefono: 601-2186977,
601-6019330 1

**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101068740	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	TELEFONO 6196077	
ASEGURADO DENISSE MAITE MEDINA TEJADA	CC 1.104.869.859		
DIRECCION MZ 61 CASA 2	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO 3012789951	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	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/DENISSE MAITE MEDINA TEJEDA

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/1104869859

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL 03/05/2025 HASTA LAS 24 HORAS DEL 03/05/2026

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 adicion 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: MEDICINA GENERAL

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO:

1.1 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.

SEGUROS

DEL

ESTADO

NIT. 860.009.578-8

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93		ANEXO DE RENOVACION		62-03-101068740	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	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	DENISSE MAITE MEDINA TEJADA			CC	1.104.869.859
DIRECCION	MZ 61 CASA 2	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012789951
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2 GASTOS DE DEFENSA:

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado previsto en la poliza, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

En adiccion a lo anterior, los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando:

1.2.1 Los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la poliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguro.

1.2.2 SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible indicado en la caratula de la misma. Tales honorarios deberan ser consultados por escrito previamente a SEGURESTADO, de manera que los mismos se ajusten a las condiciones del mercado y las tarifas que manejen de manera general los colegios de abogados existentes en Colombia.

1.2.3 En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso. Para todos los procesos judiciales y administrativos, si el asegurado es condenado por razon de una conducta dolosa, debera restituir a SEGURESTADO los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA

Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adiccion al mismo.

AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: 100% del limite asegurado por evento y vigencia

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia

GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: \$15.000.000

VIGENCIA: \$80.000.000

DEDUCIBLES: 10% de la perdida - minimo 1\$MMLV

PRIMA VIGENCIA

(IVA INCLUIDO): \$ 318.480

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, danos y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones por danos geneticos en el caso que se determine que dichos danos hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

**SEGUROS****DEL****ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

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

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101068740	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	DENISSE MAITE MEDINA TEJADA	TELEFONO	6196077
DIRECCION	MZ 61 CASA 2	CC	1.104.869.859
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA
		TELEFONO	3012789951
		NT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3. Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

4. Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5. Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6. Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7. Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8. Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9. Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

10. Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:

I- Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II- Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV- Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11. Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13. Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14. Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

16. Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.

17. Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18. Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93		ANEXO DE RENOVACION		62-03-101068740	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	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	DENISSE MAITE MEDINA TEJADA			CC	1.104.869.859
DIRECCION	MZ 61 CASA 2	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012789951
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGUROESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19. Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20. Violacion del secreto profesional.

21. Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22. Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23. Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25. La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26. Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27. Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28. Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29. Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30. Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acusticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34. Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva.

36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

36-1. Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

36-2. Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen dano, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37. Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101068740	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	DENISSE MAITE MEDINA TEJADA	CC	1.104.869.859
DIRECCION	MZ 61 CASA 2	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	TELEFONO	3012789951
		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

38. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La accion de energia atomica.

II- Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40. Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

42. El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los danos causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44. La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subido e imprevisto.

45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.

46. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

47. El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48. Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

50. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disenso informado.

51. Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52. Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53. El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54. La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55. Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56. Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

57. Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.

**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

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

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101068740	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	TELEFONO 6196077	
ASEGURADO DENISSE MAITE MEDINA TEJADA		CC 1.104.869.859	
DIRECCION MZ 61 CASA 2	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO 3012789951	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
55. El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
56. Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
57. Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
58. Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
59. La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
60. No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
61. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o dano a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
62. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1. el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a. un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b. la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2. el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (1) arriba; o
3. El Asegurado real o presunto:
a. Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b. declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c. Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonía atípica o cualquier cepa de esta;
63. Acuerdos extrajudiciales o judiciales a los que llegue el Asegurado, sin la autorizacion previa de SEGURESTADO.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

**CONDICIONES
ADICIONALES:**

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendario contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debiera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
No se otorga restablecimiento del valor asegurado.
La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.