

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO N° 01**

FECHA DE EXPEDICIÓN	04/ 2026
ENTIDAD	E.S.E. HOSPITAL EL CARMEN
NIT	890.982.101-8

**DEBE A:**

CONTRATISTA	TATIANA ISABEL LOPEZ CASTAÑEDA
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.124.040.494
DIRECCIÓN	CARRERA ARANZUZA 22# 22-44 AMALFI
TELÉFONO	3226507938
CONTRATO P.S. N°	2026CPS71
POR CONCEPTO DE:	MEDICO GENERAL

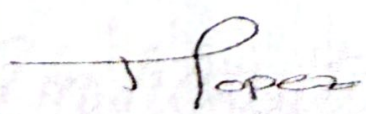

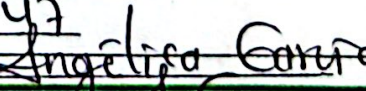

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PERÍODO A COBRAR (dd/mm/aa)	VALOR DEL PERÍODO A COBRAR	VALOR TOTAL COBRADO A LA FECHA (suma lo facturado a la fecha)
\$ 34.714.000	04/2026	\$8.903.120	\$8.903.120

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que he cotizado los aportes correspondientes a la seguridad social y adicionalmente certifico que estos aportes NO han sido restados de la base de retención en la fuente a título de renta en otros contratos a mi nombre.

VALOR	PLANILLA N°	MES COTIZADO
\$1.101.800	9503177121	ABRIL 2026

Para efectos de la liquidación de la Retención en la Fuente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 329 del Estatuto Tributario y reglamentado en el Decreto 1625 de 2016 numeral 1.2.4.1.18, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que los documentos para disminuir la retención en la fuente no son utilizados para los mismos efectos en otras entidades o empresas. Bajo mi condición de Contratista, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad (art. 383 parágrafo 2 de Estatuto Tributario).

Este documento se asimila para todos sus efectos a un título valor según art. 772 del Código de Comercio.

Firma Contratista    Contratista	RADICADO:  <b>HOSPITAL EL CARMEN AMALFI</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 890.982.101-8
	N. Radicado: 378 Fecha: 24, 04, 2026 Hora: 7:47 Recibido por:  Firma: 

NIT. 890.982.101-8 ☎ +57 300 916 65 24 📍 Calle 23 Colombia #23-40, Amalfi, Antioquia

✉ secretaria@hospitalelcarmen-amalfi-antioquia.gov.co *Un Hospital Con Calidad Humana*

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e ICBF	
CC 1124040494		LOPEZ CASTAÑEDA TATIANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 9 10 99	MAICAO-LA GUAJIRA	7260344	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	246384418	9503177121	1	2026/05/26	2026/04/23	BANCOLOMBIA	0	51,101,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)						\$3,561,248	\$569,800			\$3,561,248	\$445,200			\$0	\$0			\$3,561,248	\$86,800			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)						\$3,561,248	\$569,800			\$3,561,248	\$445,200			\$0	\$0			\$3,561,248	\$86,800			\$0	\$0
Ciudad: MAICAO Depto: LA GUAJIRA ( 1 Afiliados)						\$3,561,248	\$569,800			\$3,561,248	\$445,200			\$0	\$0			\$3,561,248	\$86,800			\$0	\$0
1	CC	1124040494	LOPEZ TATIANA	230301	30	\$3,561,248	\$569,800	EPS005	30	\$3,561,248	\$445,200	0		\$0	\$0	14-25	30	\$3,561,248	\$86,800	0		\$0	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>						<b>\$3,561,248</b>	<b>\$569,800</b>			<b>\$3,561,248</b>	<b>\$445,200</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>			<b>\$3,561,248</b>	<b>\$86,800</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124040494		LOPEZ CASTAÑEDA TATIANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 9 10 99	MAICAO-LA GUAJIRA	7260344	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	246364418	9503177121	1	2026/05/26	2026/04/23	BANCOLOMBIA	0	\$1,101,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$569,800	\$0	\$0	\$569,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$569,800	\$0	\$0	\$569,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$86,800	\$0	\$0	\$86,800	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$86,800	\$0	\$0	\$86,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$445,200	\$0	\$0	\$445,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$445,200	\$0	\$0	\$445,200	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,101,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,101,800</b>	

PSB - Transacción Aprobada

mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQgLXnTVzbbDDBNFemFmgTKcpiz

Buscar en el correo electrónico

2 de 6:12

Redactar

Recibidos

Destacados

Postpuestos

Importantes

Enviados

Borradores

Compras

Social

Notificaciones 2

Foros

Promociones 4

Más

Etiquetas +

Actualizar

¡Hola, Tatiana Lopez!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 1.101.800


Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9503177121

Fecha de la transacción: 22 04 2026

CUS: 246364418

Gracias por utilizar nuestro servicio



Responder Reenviar

**INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CONTRATISTAS ESE)**

INFORMACIÓN GENERAL			
<b>Institución</b>	<b>Ese Hospital el Carmen de Amalfi</b>	<b>Objeto contractual</b>	<b>Prestar servicio profesionales en Medicina General para apoyar la ejecución de las actividades asistenciales y misionales de la E.S.E hospital El Carmen del municipio de Amalfi, orientadas a la atención integral de los usuarios garantizando la continuidad, oportuna y calidad en la prestación de los servicios de salud.</b>
<b>Nombre del contratista</b>	<b>Tatiana Lopez Castañeda</b>	<b>Periodo reportado</b>	<b>06/04/2026 al 30/04/2026</b>
<b>Número de contrato</b>	<b>2026CPS71</b>	<b>Mes de ejecución</b>	<b>Abril 2026</b>

<b>Obligación contractual</b>	<b>Ejecutada en el periodo (Sí / No)</b>	<b>Descripción de la ejecución</b>	<b>Evidencias</b>	<b>Observaciones (incluye justificación si NO se ejecuta)</b>
Prestar los servicios profesionales como médica general en la E.S.E. Hospital El Carmen del municipio de Amalfi.	Sí	Se prestaron servicios asistenciales como médica general, dando cumplimiento a los turnos programados durante el periodo, conforme a las necesidades del servicio y bajo supervisión permanente de la coordinadora médica.	Cuadro de cumplimiento de horas y turnos realizados; supervisión y seguimiento de la coordinadora médica; historias clínicas de los pacientes atendidos durante los turnos (cuando aplique).	No aplica
Brindar atención médica integral, oportuna, segura y con enfoque humanizado.	Sí	Se brindó atención médica integral a los usuarios durante los turnos asignados, garantizando oportunidad, seguridad del paciente y continuidad del servicio, bajo supervisión de la coordinadora médica.	Registro de turnos cumplidos; supervisión de la coordinadora médica; historias clínicas que evidencian la atención prestada (cuando aplique).	No aplica

Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.	Sí	Se realizaron valoraciones, diagnósticos, tratamientos y seguimiento clínico durante los turnos cumplidos, conforme a los protocolos institucionales y bajo supervisión médica.	Cuadro de horas ejecutadas por turno; supervisión de la coordinadora médica; registros en historias clínicas de pacientes atendidos.	No aplica
Atender los servicios de urgencias médicas.	Sí	Se atendieron los servicios de urgencias durante los turnos asignados, realizando clasificación, manejo clínico y estabilización inicial de los pacientes, con supervisión constante de la coordinadora médica.	Registro de turnos en urgencias; supervisión de la coordinadora médica; historias clínicas de atención en urgencias (cuando aplique).	No aplica
Prestar apoyo médico en los servicios de hospitalización.	Sí	Se prestó apoyo médico en hospitalización mediante seguimiento clínico, formulación y órdenes médicas durante los turnos cumplidos, bajo supervisión de la coordinadora médica.	Cuadro de turnos cumplidos; supervisión de la coordinadora médica; historias clínicas de pacientes hospitalizados atendidos.	No aplica
Desarrollar actividades del componente de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT).	Sí	Se ejecutaron actividades médicas del componente PEDT durante los turnos programados, conforme a los lineamientos institucionales y bajo supervisión de la coordinadora médica.	Registro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; historias clínicas y registros de atención preventiva (cuando aplique).	No aplica
Participar en brigadas de salud y actividades comunitarias.	Sí	Se participó en actividades extramurales y comunitarias programadas por la E.S.E. dentro de los turnos asignados, con seguimiento y supervisión de la coordinadora médica.	Cuadro de horas y turnos; supervisión de la coordinadora médica; registros asistenciales e historias clínicas de actividades comunitarias (cuando aplique).	No aplica
Diligenciar historia clínica y registros asistenciales.	Sí	Se diligenciaron historias clínicas y registros asistenciales de manera completa, oportuna y legible durante los turnos cumplidos, conforme a los sistemas institucionales y bajo supervisión médica.	Historias clínicas diligenciadas; cuadro de turnos cumplidos; supervisión de la coordinadora médica.	No aplica
Cumplir protocolos de seguridad del paciente y bioseguridad.	Sí	Se dio cumplimiento a los protocolos de seguridad del paciente y bioseguridad durante la prestación del servicio en los turnos realizados,	Registro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; historias clínicas y registros de	No aplica

		con supervisión institucional.	atención segura (cuando aplique).	
Realizar reportes de seguridad del paciente y eventos adversos.	Sí	Se realizaron y registraron los reportes de eventos adversos, incidentes y riesgos identificados durante los turnos cumplidos, conforme a los lineamientos institucionales y bajo supervisión médica.	Cuadro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; registros institucionales e historias clínicas asociadas (cuando aplique).	No aplica
Hacer uso adecuado de equipos, insumos y medicamentos.	Sí	Se realizó uso racional y responsable de los recursos institucionales durante la ejecución de los turnos, bajo supervisión de la coordinadora médica.	Registro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; soportes asistenciales e historias clínicas (cuando aplique).	No aplica
Garantizar la confidencialidad de la información clínica.	Sí	Se garantizó la confidencialidad de la información clínica y administrativa durante la ejecución de los turnos, conforme a la normatividad vigente y bajo supervisión institucional.	Registro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; cumplimiento normativo evidenciado en historias clínicas y sistemas institucionales.	No aplica
Utilizar la información clínica exclusivamente para fines contractuales.	Sí	La información clínica y los sistemas institucionales fueron utilizados exclusivamente para la ejecución del contrato durante los turnos cumplidos, bajo supervisión médica.	Cuadro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; registros en sistemas e historias clínicas (cuando aplique).	No aplica
Responder por el manejo adecuado de los registros clínicos.	Sí	Se aseguró el manejo adecuado, veraz y oportuno de los registros clínicos elaborados durante los turnos realizados, conforme a la normatividad vigente y bajo supervisión médica.	Historias clínicas diligenciadas; cuadro de turnos cumplidos; supervisión de la coordinadora médica.	No aplica
Participar en reuniones, comités y capacitaciones institucionales.	Sí	Se participó en reuniones, comités y actividades institucionales programadas dentro del marco contractual y los turnos asignados, con supervisión de la coordinadora médica.	Registro de turnos; supervisión de la coordinadora médica; actas o registros institucionales (cuando aplique).	No aplica
Ejecutar las actividades conforme a la programación definida	Sí	Se ejecutaron las actividades contractuales conforme a la programación de turnos definida por la E.S.E., sin que ello implique subordinación	Cuadro de turnos y horas cumplidas; supervisión de la coordinadora médica.	No aplica

por la E.S.E.		laboral, y bajo supervisión médica.		
Acreditar cumplimiento de obligaciones con el Sistema de Seguridad Social.	Sí	Se acreditó el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral durante la ejecución del contrato, como requisito para el pago de honorarios.	Planillas y soportes de Seguridad Social; verificación administrativa para el pago.	No aplica

### ANEXOS

Registro de turnos

### DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA

Certifico que la información aquí registrada corresponde a las actividades efectivamente ejecutadas durante el periodo reportado y guarda relación directa con el objeto contractual.



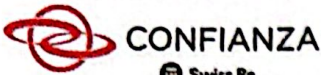
FIRMA

TATIANA ISABEL LOPEZ CASTAÑEDA

Fecha 04/2026

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 2 / 2



Swiss Re  
Corporate Solutions

PÓLIZA 802088447  
CERTIFICADO RM28587  
REFERENCIA PAGO 0900391056  
ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: IPANA.EXT TIPO CERTIFICADO: Nueva producción FECHA EXPEDICION: 19 02 2026

TOMADOR		LOPEZ CASTAÑEDA TATIANA ISABEL		C.C. O NIT: 1124040494		7		
DIRECCIÓN:		CL 9 10 99		CIUDAD:		MAICAO		
E-MAIL:		TATIANALOPEZTIGO@GMAIL.COM		TELÉFONO:		3226507938		
ASEGURADO:		TATIANA ISABEL LOPEZ CASTAÑEDA		C.C. O NIT:		1124040494		
DIRECCIÓN:		CL 9 10 99		CIUDAD:		MAICAO		
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		3226507938		
DIRECCIÓN:				C.C. O NIT:		0000000000		
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		TEL:		
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS				
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR		NUEVA		
DESDE 19 02 2026		HASTA 19 02 2027				500,000,000.00		
INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	IBETH PANA WEFER & CIA LTDA					PRIMA NETA	PESOS	365,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	69,350.00
						TOTAL		434,350.00

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY, CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. \*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS, AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-0D-09-04-RDME-D001 NOTA TÉCNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO DE COLOMBIA



(415)7709998911901180200900391056

*Maria Juana Herrera Rodríguez*

Maria Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.428.596

TOMADOR

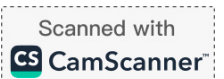
COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de Impresión: Thu, 19 Feb 2026 16:57:56



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 1/2



PÓLIZA 802088447  
 CERTIFICADO RM28587  
 REFERENCIA PAGO 0900391056  
 ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: IPANA.EXT TIPO CERTIFICADO: Nueva producción FECHA EXPEDICION: 19 02 2026

TOMADOR LOPEZ CASTAÑEDA TATIANA ISABEL		C.C. O NIT: 1124040494	7
DIRECCIÓN: CL 9 10 99	CIUDAD: MAICAO		
E-MAIL: TATIANALOPEZTIGO@GMAIL.COM	TELÉFONO: 3226507938		
ASEGURADO: TATIANA ISABEL LOPEZ CASTAÑEDA	C.C. O NIT: 1124040494		
DIRECCIÓN: CL 9 10 99	CIUDAD: MAICAO	TEL. 3226507938	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT: 0000000000		
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TEL.	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE	HASTA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DD MM AAAA 19 02 2026	DD MM AAAA 19 02 2027			500,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	IBETH PANA WEFER & CIA LTDA					PRIMA NETA	PESOS	365,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	69,350.00
						TOTAL		434,350.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	19-02-2026	19-02-2027	0.00	500,000,000.00	365,000.00	10	3,501,810.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	19-02-2026	19-02-2027	0.00	100,000,000.00	0.00	10	1,750,905.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	19-02-2026	19-02-2027	0.00	100,000,000.00	0.00	10	1,750,905.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	19-02-2026	19-02-2027	0.00	100,000,000.00	0.00	10	1,750,905.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	19-02-2026	19-02-2027	0.00	100,000,000.00	0.00	10	1,750,905.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION DEL TOMADOR: MEDICO.

MODALIDAD: OCURRENIA.

NOTA: BENEFICIARIO ADICIONAL E.S.E. HOSPITAL EL CARMEN - AMALFI NIT: 890.982.101-8.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPañIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPañIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPañIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTPICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-L.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS, AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-00-09-04-RCHE-0001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM4



(415)770999911901180200900391056

*Signature*

Maria Juana Herrera Rodriguez  
 CC 52.428.596

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-13-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 No 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión: Thu, 19 Feb 2026 16:57:53

