E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANORI

ESE SAN JUAN DE DIOS ANORI

NIT. 890982138

COMPROBANTE DE EGRESO No. 9,406

Fecha : 12/julio/2023 **Pagado a :** 800018165-8 JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS

La Suma de : SESENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE
****

Valor $ 63,813,894.00

Banco : 02 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 001-19367918 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,582 **Fact** 224751 **Valor Bruto $**30,541,350.00 **Valor Neto $** 30,541,350.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,051	1074	239	222	212020200703	Seguros	30,541,350.00

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,583 **Fact** 224752 **Valor Bruto $**2,380,000.00 **Valor Neto $** 2,380,000.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,050	1075	239	222	212020200703	Seguros	2,380,000.00

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,584 **Fact** 224753 **Valor Bruto $**10,808,676.00 **Valor Neto $** 10,808,676.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,049	1076	239	222	212020200703	Seguros	10,808,676.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:11

Usuario Imprime: JUANDAVID
Usuario Responsable: JUANDAVID

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANORI

ESE SAN JUAN DE DIOS ANORI

NIT. 890982138

COMPROBANTE DE EGRESO No. 9,406

Fecha : 12/julio/2023 **Pagado a :** 800018165-8 JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS

La Suma de : SESENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE
****

Valor $ 63,813,894.00

Banco : 02 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 001-19367918 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,585 **Fact** 224750 **Valor Bruto $**2,082,500.00 **Valor Neto $** 2,082,500.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,048	1077	239	222	212020200703	Seguros	2,082,500.00

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,601 **Fact** 226696 **Valor Bruto $**17,091,018.00 **Valor Neto $** 17,091,018.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,047	1115	239	222	212020200703	Seguros	17,091,018.00

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,602 **Fact** 226695 **Valor Bruto $**910,350.00 **Valor Neto $** 910,350.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,046	1116	239	222	212020200703	Seguros	910,350.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:11

Usuario Imprime: JUANDAVID
Usuario Responsable: JUANDAVID

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANORÍ

ESE SAN JUAN DE DIOS ANORI

NIT. 890982138

COMPROBANTE DE EGRESO No. 9,406

Fecha : 12/julio/2023 **Pagado a :** 800018165-8 JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS

La Suma de : SESENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE
****

Valor $ 63,813,894.00

Banco : 02 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 001-19367918 **Cheque :** PE

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005013	BANCOLOMBIA CUENTA 001-19367918	0.00	63,813,894.00
249028001	SEGUROS X PAGAR	63,813,894.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PAGO DE FACTURAS POR POLIZAS PARA LA ESE

Usuario Imprime: JUANDAVID
Usuario Responsable: JUANDAVID

ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Hora: 15:11
Aux. Contable	Tec. Administrativa	Gerente	

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960724682

PÓLIZA No: 496 -40 - 994000000883 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 40 PAP: **920 - SEAS FUTURO MEDELLIN**

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
29 / 06 / 2023		29 / 06 / 2023 / 23:59 A LAS	01 / 06 / 2024 / 23:59 A LAS / 338 DIAS	29 / 06 / 2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)
	29 / 06 / 2023 / 23:59 A LAS	01 / 06 / 2024 / 23:59 A LAS / 338 DIAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROPIETARIOS DE LOS VEHICULOS** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **VER CERTIFICADOS** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

Ver relación ...

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****28,300,000.00	$ *******14,362,200	$*********0.00	$ ****2,728,818	$ *******17,091,018

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072468

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

TDUQUE 0

CAD12678080DF4785B

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960724682

SOLI PUBLICO

PÓLIZA No: 496 - 40 - 994000000883 ANEXO: 1

AGENCIA EXP.: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE.: **496** RAMO: **40** PAP: **920 - SEAS FUTURO MEDELLIN**

DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
29	06	2023		29	06	2023	23:59		01	06	2024	23:59	338	29	06	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN:

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	
	29	06	2023	23:59		01	06	2024	23:59	338
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 4 PLACA: OKL299 MARCA Y TIPO: TOYOTA LAND CRUISER [L GRJ79 MT 400 CLASE: CHASIS

CODIGO: 09011084 CARROCERIA: AMBULANCIA COLOR: BLANCO MODELO: 2014

SERVICIO: AMBULANCIAS MOTOR: 1GRH019944 CHASIS: JTELU71J2E4010882

DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: NO

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE VR. PERDIDA	DEDUCIBLE MINIMO(SMMLV)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	SI		
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	300,000,000.00	%10.00	2.00
MUERTE O LESION UNA PERSONA	300,000,000.00		
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	600,000,000.00		
PROTECCION PATRIMONIAL	SI		
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	153,500,000.00	%10.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	153,500,000.00	%10.00	2.00
PERDIDA TOTAL POR HURTO	153,500,000.00	%10.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	153,500,000.00	%10.00	2.00
TERREMOTO	153,500,000.00	%10.00	2.00
ASISTENCIA JURIDICA INTEGRAL	SI		
TERRORISMO Y OTROS EVENTOS	153,500,000.00	%10.00	2.00
REEMBOLSO DE GASTOS EXEQUIALES	Límite Aseg. 3 SMM		
ASISTENCIA SOLIDARIA	SI		

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,053,500,000.00	$ **********0.00		$ *********0.00	$ **********0.00

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072468

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento.

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960724682

SOLI PUBLICO

PÓLIZA No: 496 - 40 - 994000000883 ANEXO: 1

AGENCIA EXP.: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE.: **496** RAMO: **40** PAP: **920 - SEAS FUTURO MEDELLIN**

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
29	06	2023	29	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	338	29	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN:

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	29	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	338
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 5 PLACA: LIK390 MARCA Y TIPO: NISSAN FRONTIER [2] [F S MT 2500CC CLASE: PICKUP SEN

CODIGO: 06420058 CARROCERIA: AMBULANCIA COLOR: BLANCO MODELO: 2023

SERVICIO: AMBULANCIAS MOTOR: YD25749947P CHASIS: 3N6CD35BXZK446558

DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: NO

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE VR. PERDIDA	DEDUCIBLE MINIMO(SMMLV)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	SI		
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	300,000,000.00	%10.00	2.00
MUERTE O LESION UNA PERSONA	300,000,000.00		
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	600,000,000.00		
PROTECCION PATRIMONIAL	SI		
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	181,800,000.00	%10.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	181,800,000.00	%10.00	2.00
PERDIDA TOTAL POR HURTO	181,800,000.00	%10.00	0.00
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	181,800,000.00	%10.00	2.00
TERREMOTO	181,800,000.00	%10.00	2.00
ASISTENCIA JURIDICA INTEGRAL	SI		
TERRORISMO Y OTROS EVENTOS	181,800,000.00	%10.00	2.00
REEMBOLSO DE GASTOS EXEQUIALES	Límite Aseg. 3 SMM		
ASISTENCIA SOLIDARIA	SI		

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,081,800,000.00	$ ****14,362,200.00		$ *2,728,818.00	$ ****17,091,018.00

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072468

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO MANEJO SECTOR OFICIAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960723197

PÓLIZA No: 496 -64 - 994000000430 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 64 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
14	06	2023		01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366	15	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL

AFIANZADO : E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	SUBLIMITE
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA	50,000,000.00	
FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL		50,000,000.00
RENDICION DE CUENTAS		50,000,000.00
RECONSTRUCCION DE CUENTAS		50,000,000.00

DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 0.50 SMMLV en DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA/FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL/RENDICION DE CUENTAS/RECONSTRUCCION DE CUENTAS

BENEFICIARIOS
NIT 890982138 - E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ ********1,750,000	$*********0.00	$ ******332,500	$ ********2,082,500

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072319

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

LFORTIZ 0

CAD12678080DFF7F56 CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE TRANSPORTE AUTOMATICO DE MERCANCIAS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960727461

PÓLIZA No: 496 -90 - 994000000006 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 90 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
27	06	2023		01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366	27	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

TRAYECTO: 1 DESDE: HASTA:

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE DESPACHADOR: OBJETO: COBERTURA COMPLETA UNICA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	SUBLIMITE	TASA
ARTICULOS PARA FARMACIA TALES COMO: ALGODÓN, CURAS MEDIC	COBERTURA COMPLETA	$ 50,000,000.00 50,000,000.00		0.25

DEDUCIBLES: 10.00 % SOBRE ELVALOR TOTAL DEL DESPACHO - Minimo: 2.00 SMMLV en COBERTURA COMPLETA

Datos del Trayecto

	Pais	Departamento	Municipio
Desde:	COLOMBIA	LUGAR	DEL MUNDO
Hasta:	COLOMBIA	FINAL EN	DEL MUNDO
Via:	COLOMBIA	LUGAR	DEL MUNDO

Fecha de Aviso: Fecha de Despacho: Placa: Nombre del Barco:

BENEFICIARIOS
NIT 890982138 - E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

TEXTO ACLARATORIO:
Relación de Bienes:
LIMITE MAXIMO POR DESPACHO $ 50,000,000.00

TOTAL : $ 50,000,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ **********750,000	$****15,000.00	$ ******145,350	$ **********910,350

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072746

FIRMA ASEGURADOR **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD12678080DFB7A59 CLIENTE LFORTIZ 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960723049

PÓLIZA No: 496 -83 - 994000000087 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 83 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
14	06	2023		01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366	15	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	01	06	2023	23:59 A LAS	01	06	2024	23:59 A LAS	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANOR NIT : 890982138

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: ANORI DIRECCION: CARRERA 29 No. 15-31

ACTIVIDAD: C16 - INSTITUCION HOSPITALARIA MANZANA: 15-29

TIPO EDIFICIO: EDIFICIO (S) TIPO DE RIESGO: SERVICIOS

AMPARO	OBJETO	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV				
	EDIFICIO(S)	3,500,000,000.00	5.00	
	MUEBLES Y ENSERES	220,000,000.00	5.00	
	MAQUINARIA Y EQUIPO	280,000,000.00	5.00	
	VIDRIOS	120,000,000.00	5.00	
	EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	850,000,000.00	5.00	
	EQUIPO MEDICO	400,000,000.00	5.00	
	EQUIPO DE OFICINA	35,000,000.00	5.00	
ASONADA, MOTIN C.C. HUELGA ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV				
	EDIFICIO(S)	3,500,000,000.00	5.00	
	MUEBLES Y ENSERES	220,000,000.00	5.00	
	MAQUINARIA Y EQUIPO	280,000,000.00	5.00	
	VIDRIOS	120,000,000.00	5.00	
	EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	850,000,000.00	5.00	
	EQUIPO MEDICO	400,000,000.00	5.00	
	EQUIPO DE OFICINA	35,000,000.00	5.00	

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *5,675,990,410.96	$ ********9,082,921	$**********0.00	$ ****1,725,755	$ *******10,808,676

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072304

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

LFORTIZ 0

CAD12678080DFF7E5B

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960722553

PÓLIZA No: 496 -80 - 994000000422 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 80 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
13	06	2023		01	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	366	15	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	01	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANOR NIT : 890982138

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: ANORI

DIRECCION: CARRERA 29 No. 15-31

ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: SERVICIOS MANZANA: 15-29

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		$ 1,000,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,000,000,000.00	$ ********1,999,994	$*********6.00	$ ******380,000	$ ********2,380,000

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072255

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

LFORTIZ 0

CAD12678080DFE7B5A

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960722470

PÓLIZA No: 496 -88 - 994000000033 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
13	06	2023		01	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	366	15	06	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	01	06	2023	23:59	01	06	2024	23:59	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: ANORI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6048350803

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIRECCIÓN: CALLE ZEA CIUDAD: **ANORI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 6048350803

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: ANORI

DIRECCION: CARRERA 29 No. 15-31

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 950,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	950,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	950,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	950,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	950,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	950,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	95,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***950,000,000.00	$ *******25,650,000	$****15,000.00	$ ****4,876,350	$ *******30,541,350

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072247

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

LFORTIZ 0

CAD12678080DFE7A58

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERAT

NIT: 860524654

Tipo Planilla: E

Periodo liquidación Pensiones: abril 2023

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: mayo 2023

Número de Radicación: 67363585

Total a pagar: $1,039,915,000

Fecha de vencimiento: 12/05/2023

Total de empleados: 774

Fecha de Pago: 04/05/2023

Número de Administradoras: 41

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Medio de Pago: Pago Electronico por PSE

Banco: BANCO DE BOGOTA

Número Autorización: 2062293109

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	752		$0	$17,582,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	131		$0	$84,222,500
230301	800224808	Porvenir	192		$0	$115,010,400
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	38		$0	$36,868,500
231001	800227940	Colfondos	80		$0	$45,687,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	290		$0	$295,585,900
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	76		$0	$13,562,700
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	14		$0	$2,254,500
CCF08	890480023	Comfenalco Cartagena Caja de Compensacion	8		$0	$1,200,100
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,469,400
CCF11	890806490	Caja de Compensacion Familiar de Caldas	12		$0	$2,081,500
CCF16	891080005	Comfacor Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$1,464,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	466		$0	$93,112,800
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	14		$0	$2,260,600
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	7		$0	$1,290,700
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	8		$0	$1,537,600
CCF37	890500516	Comfanorte Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,399,400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	27		$0	$4,925,400
CCF43	890000381	Comfenalco Quindio Caja de Compensacion Fliar	13		$0	$2,269,700
CCF44	891480000	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,407,000
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,820,100
CCF57	890303208	Comfamiliar Andi Comfandi Caja de	42		$0	$7,326,400
CCF69	844003392	Comfacasanare Caja de Compensacion Fliar	5		$0	$853,600
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	7		$0	$5,946,700
EPS002	800130907	Salud Total EPS	37		$0	$11,527,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	488		$0	$170,029,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	63		$0	$21,728,800
EPS010	800088702	EPS Sura	103		$0	$24,143,700
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	1		$0	$86,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	39		$0	$5,048,900
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	4		$0	$758,600
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	23		$0	$5,397,900
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		$0	$75,400
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	2		$0	$233,700
EPSIC1	824001398	DUSAKAWI EPS	1		$0	$145,000
EPSIC3	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	1		$0	$145,000
ESSC07	806008394	EPS-S Mutual Ser	1		$0	$86,100
ESSC24	900226715	EPS-S Coosalud	1		$0	$145,000
MIN001	901037916	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	2		$0	$290,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	86		$0	$35,359,200
PASENA	899999034	SENA	86		$0	$23,574,900
						$1,039,915,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Comprobante

de pago en línea



Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607224700

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.12

Nro. de referencia 2: 4960722470

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:28:45 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 30,541,350.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 985 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuniquese con la linea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4960722470
Identificación:	192.230.104.12
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.12

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	49607224700
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	13/07/2023
Ticket ID:	49607224700
Transacción/CUS:	43730710
Tipo de Usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1001
Total:	30541350
Total Iva:	0

* Esta transaccion esta sujeta a verificacion

IMPRIMIR ESTA PÃGINA

RETORNAR AL COMERCIO

Comprobante

de pago en línea

Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607225530

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.4

Nro. de referencia 2: 4960722553

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:35:21 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 2,380,000.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Bancolombia nunca le solicitará sus claves personales (cédula, PIN, token o tarjeta débito) a través de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	860524654-6

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4960722553
Identificación:	192.230.104.4
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.4

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	49607225530
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	13/07/2023
Ticket ID:	49607225530
Transacción/CUS:	42745266
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCOLOMBIA
Cod. de servicio:	1001
Total:	2380000
Total Iva:	0

* Esta transaccion esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA

RETORNAR AL COMERCIO

Comprobante

de pago en línea

Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607230490

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.4

Nro. de referencia 2: 4960723049

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:42:16 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 10,808,676.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: En Bogotá 307 1 (pbx) Medellín 510 9000 - Cali 554 9505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 895 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

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

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4960723049
Identificación:	192.230.104.4
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.4

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	49607230490
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	13/07/2023
Ticket ID:	49607230490
Transacción/COS:	42760751
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1001
Total:	10808676
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificacion

IMPRIMIR ESTA PÃ□GINA

RETORNAR AL COMERCIO

Comprobante

de pago en línea

Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607274610

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.4

Nro. de referencia 2: 4960727461

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:59:19 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 910,350.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 595 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

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

Comprobante

de pago en línea

Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607231970

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.4

Nro. de referencia 2: 4960723197

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:48:54 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 2,082,500.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12145 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales (clave, token, tarjeta débito, tarjeta crédito) mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Identificación:	4960723197
Identificación:	192.230.104.4
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.4

DATOS DEL PAGO

FORMA DE PAGO

No. Pago:	49607231970
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	13/07/2023
Ticket ID:	49607231970
Transacción/CUS:	43776086
Tipo de Usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO	
Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCOLOMBIA
Cod. de servicio:	1001
Total:	2082500
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA

RETORNAR AL COMERCIO

Comprobante

de pago en línea

Aseguradora Solidaria de Colombia

Pago realizado por: LUZ ENID MARULANDA MOLINA

Nro. de factura: 49607246820

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.4

Nro. de referencia 2: 4960724682

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Jueves 13 de Julio de 2023 09:54:27 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 17,091,018.00

Cuenta: *******7918

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714. en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuniquese con la linea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4960724682
Identificación:	192.230.104.4
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.4

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	49607246820
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	13/07/2023
Ticket ID:	49607246820
Transacción/CUS:	43789006
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO	
Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1001
Total:	17091018
Total Iva:	0

* Esta transaccion esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÃ GINA

RETORNAR AL COMERCIO

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANORI	**INFORME DE SUPERVISIÓN PERSONA JURIDICA**

FECHA DE ELABORACION:	04/07/23

INFORME DE EJECUCION:	No. 2	**PARA PAGO:**	2	
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde:**	29/05/23	**Hasta:**	04/07/23

1. INFORMACION GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

FACTURA	x	**NÚMERO:**		PS047-2023
	☐	**FECHA DE SUSCRIPCION:**		28/04/23
FECHA ACTA DE INICIO:				28/04/23
FECHA DE TERMINACION:				31/12/23
OBJETO: Prestación del Servicio de Intermediación de Seguros, asesoría y asistencia especializada, para el manejo del programa de seguros y de las pólizas que cubren los riesgos relativos a los bienes e intereses asegurables del E.S.E Hospital San Juan de Dios, así como de aquellos por los cuales sea o fuere legalmente responsable.				
PROVEEDOR		**NOMBRE:**		**JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS**
		NIT		800.018.165-8
VALOR [$]:		**CDP / RP**		CDP: 222 RP: 239
		INICIAL:		Setecientos Treinta y Dos Mil Cuatrocientos Pesos MCTE. **($732.400)**, incluido el IVA
		CDP / CRP	**No.**	
		ADICIONES		
		VALOR TOTAL:		Ciento Cuarenta y Siete Millones de Pesos MCTE. **($147.000.000)**, incluido el IVA
PLAZO:		**INICIAL**		Ocho (08) meses y tres (03) días contados desde el 28 de abril de 2023 al 31 de diciembre de 2023.
		PRORROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO** / **NUEVA FECHA DE TERMINACION**
			1	N/A / Fecha [dd/mm/aa]

SUPERVISOR	NOMBRE:	**OSCAR HUMBERTO CARDONA QUINTERO**

2. EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

El contratista cumplió a satisfacción con la entrega de las pólizas todo riesgo daños materiales entidades estatales, responsabilidad civil clínicas y centros, responsabilidad civil extracontractual médicos, transporte de mercancías, automóviles LIK390 y seguro manejo sector oficial.

Por tanto, se recibe a satisfacción los servicios y se procede a realizar el pago correspondiente al valor de las facturas presentadas por el contratista.

3. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO: EL HOSPITAL deberá cancelar AL CONTRATISTA una vez presentado la póliza, la factura expedida por la compañía de seguros dentro de los diez (10) días siguientes previa presentación del soporte de pago de seguridad social, parafiscales y visto bueno del supervisor.

CONCEPTO	FECHA	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO / DESEMBOLSO	SALDO
Valor Inicial	28/04/23	**$147.000.000**		N/A
Adiciones				N/A
Pago No.1 / Desembolso	29/05/23		$10.998.734	$136.001.266
Pago No.2 / Desembolso	04/07/23		$63.813.624	$72.187.642
TOTALES		**$147.000.000**	$74.812.358	

Nota: Valores Incluido IVA

VERIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES: El contratista presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de él y de sus empleados de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

4. ANEXOS Y OBSERVACIONES ADICIONALES

1- Documentos anexos

- Cuenta de cobro.
- Seguridad social
- Pólizas

Para constancia, se firma la presente acta:

OSCAR HUMBERTO CARDONA QUINTERO
Gerente
E.S.E Hospital San Juan de Dios de Anorí