E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANORÍ

ESE SAN JUAN DE DIOS ANORI

NIT. 890982138

COMPROBANTE DE EGRESO No. 9,647

Fecha : 15/septiembre/2023 **Pagado a :** 800018165-8 JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS

La Suma de : CUATROCIENTOS UN MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE **Valor $** 401,049.00
****
****

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

POR CONCEPTO DE SEGUROS OPERATIVOS
No. 1,508,899 **Fact** 229674 **Valor Bruto $**401,049.00 **Valor Neto $** 401,049.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1,426	1489	239	222	212020200703	Seguros	401,049.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005013	BANCOLOMBIA CUENTA 001-19367918	**0.00**	**401,049.00**
249028001	SEGUROS X PAGAR	**401,049.00**	**0.00**

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PAGO DE POLIZA POR INCLISION DE EQUIPO DE RX Y MUEBLE PARA FARMACIA DE LA ESE

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Aux. Contable	Tec. Administrativa	Gerente

Hora: 15:11

Usuario Imprime: JUANDAVID
Usuario Responsable: JUANDAVID

JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS
NIT:800.018.165-8

CRA. 19B # 83-02 OFICINA 602-605 - PBX: 6171411 - BOGOTA

BOGOTA, septiembre 05/2023

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

CRA 29 15 31 Tel:

MEDELLIN NIT: 890.982.138-1

REMISIÓN DE COBRO #: 229674

Apreciado cliente;

Póliza/Cert-Anexo	Aseguradora /Ramo	Vigencia	Prima neta	Vr.Otros	Vr.Runt	Vr.IVA	Total Prima
496-83-994000000087	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOM nit: 860,524,654-	29/ago./2023	437,700	0	0	83,163	520,863
1	TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	01/jun./2024	**Placa/Contrato:** / **Vr.asegurado:**			357,208,780	
QUINIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE H.T. 123188 EXPEDICIÓN PÓLIZA TRDM							

Acuerdo de pago a: **01 jun./2023**	**TOTALES ->**	**437,700**	**0**	**0**	**83,163**	**520,863**

GIRAR CON CHEQUE RESTRICTIVO A NOMBRE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COC

Te: DAVID GOMEZ GIRALDO Su: NOHORA CONSTANZA MURILLO ROJAS

YEIMI OVIEDO PRODUCCION

FINCO

Para efectos tributarios, esta operación se celebra con la aseguradora, la cual es gran contribuyete, responsable de IVA y la prima no está sujeta a retención (Res. 2509/85).
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados/anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Art. 1068 Co.de Co.)
Favor girar a nombre de JARGU CORREDORES DE SEGUROS SA. o a la aseguradora y exigir su recibo de pago.

Firma

Recibido

JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS
NIT:800.018.165-8

CRA. 19B # 83-02 OFICINA 602-605 - PBX: 6171411 - BOGOTA

BOGOTA, septiembre 05/2023

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

CRA 29 15 31 Tel:

MEDELLIN NIT: 890.982.138-1

REMISIÓN DE COBRO #: 229674

Apreciado cliente;

Póliza/Cert-Anexo	Aseguradora /Ramo	Vigencia	Prima neta	Vr.Otros	Vr.Runt	Vr.IVA	Total Prima
496-83-994000000087	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOM nit: 860,524,654-	29/ago./2023	437,700	0	0	83,163	520,863
1	TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	01/jun./2024	**Placa/Contrato:** / **Vr.asegurado:**			357,208,780	
QUINIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE H.T. 123188 EXPEDICIÓN PÓLIZA TRDM							

Acuerdo de pago a: **01 jun./2023**	**TOTALES ->**	**437,700**	**0**	**0**	**83,163**	**520,863**

GIRAR CON CHEQUE RESTRICTIVO A NOMBRE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COC

Te: DAVID GOMEZ GIRALDO Su: NOHORA CONSTANZA MURILLO ROJAS

YEIMI OVIEDO PRODUCCION

FINCO

Para efectos tributarios, esta operación se celebra con la aseguradora, la cual es gran contribuyete, responsable de IVA y la prima no está sujeta a retención (Res. 2509/85).
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados/anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Art. 1068 Co.de Co.)
Favor girar a nombre de JARGU CORREDORES DE SEGUROS SA. o a la aseguradora y exigir su recibo de pago.

Firma

Recibido

COPIA

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:1

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

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
VIGENCIA DE LA PÓLIZA	29	08	2023	23:59		01	06	2024	23:59	277	30	08	2023
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		
FECHA DE EXPEDICIÓN: 30 08 2023													

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

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	29	08	2023	23:59		01	06	2024	23:59	277
	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: 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				
	MUEBLES Y ENSERES	274,889,940.00	5.00	
	EQUIPO MEDICO	689,260,000.00	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				
	MUEBLES Y ENSERES	274,889,940.00	5.00	
	EQUIPO MEDICO	689,260,000.00	5.00	
TERREMOTO TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA DEDUCIBLES: 2.00 % DEL VALOR ASEGURABLE - Mínimo: 2.00 SMMLV				
	MUEBLES Y ENSERES	274,889,940.00	5.00	
	EQUIPO MEDICO	689,260,000.00	5.00	
HURTO CALIFICADO				

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***357,208,780.19	$ **********437,700	$*********0.00	$ *******83,163	$ **********520,863

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

TDUQUE 0

CAD12678080AFE7D58 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

JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS
NIT:800.018.165-8

CRA. 19B # 83-02 OFICINA 602-605 - PBX: 6171411 - BOGOTA

BOGOTA, septiembre 06/2023

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

CRA 29 15 31 Tel:

MEDELLIN NIT: 890.982.138-1

REMISIÓN DE DEVOLUCIÓN #: 229720

Af.Remi:

Apreciado cliente;

Póliza/Cert-Anexo	Aseguradora /Ramo	Vigencia	Prima neta	Vr.Otros	Vr.Runt	Vr.IVA	Total Prima
496-83-994000000087	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOM nit: 860,524,654-	28/ago./2023	-100,684	0	0	-19,130	-119,814
2	TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	01/jun./2024	**Placa/Contrato:** / **Vr.asegurado:** 0				
MENOS CIENTO DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE H.T. 123237 MODIFICACIÓN PÓLIZA TRDM							

Acuerdo de pago a: **01 jun./2023**	**TOTALES ->**	**-100,684**	**0**	**0**	**-19,130**	**-119,814**

GIRAR CON CHEQUE RESTRICTIVO A NOMBRE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COC

Te: DAVID GOMEZ GIRALDO Su: NOHORA CONSTANZA MURILLO ROJAS

YEIMI OVIEDO PRODUCCION

FINCO

Para efectos tributarios, esta operación se celebra con la aseguradora, la cual es gran contribuyete, responsable de IVA y la prima no está sujeta a retención (Res. 2509/85).
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados/anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Art. 1068 Co.de Co.)
Favor girar a nombre de JARGU CORREDORES DE SEGUROS SA. o a la aseguradora y exigir su recibo de pago.

Firma

Recibido

JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS
NIT:800.018.165-8

CRA. 19B # 83-02 OFICINA 602-605 - PBX: 6171411 - BOGOTA

BOGOTA, septiembre 06/2023

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI

CRA 29 15 31 Tel:

MEDELLIN NIT: 890.982.138-1

REMISIÓN DE DEVOLUCIÓN #: 229720

Af.Remi:

Apreciado cliente;

Póliza/Cert-Anexo	Aseguradora /Ramo	Vigencia	Prima neta	Vr.Otros	Vr.Runt	Vr.IVA	Total Prima
496-83-994000000087	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOM nit: 860,524,654-	28/ago./2023	-100,684	0	0	-19,130	-119,814
2	TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	01/jun./2024	**Placa/Contrato:** / **Vr.asegurado:** 0				
MENOS CIENTO DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE H.T. 123237 MODIFICACIÓN PÓLIZA TRDM							

Acuerdo de pago a: **01 jun./2023**	**TOTALES ->**	**-100,684**	**0**	**0**	**-19,130**	**-119,814**

GIRAR CON CHEQUE RESTRICTIVO A NOMBRE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COC

Te: DAVID GOMEZ GIRALDO Su: NOHORA CONSTANZA MURILLO ROJAS

YEIMI OVIEDO PRODUCCION

FINCO

Para efectos tributarios, esta operación se celebra con la aseguradora, la cual es gran contribuyete, responsable de IVA y la prima no está sujeta a retención (Res. 2509/85).
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados/anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Art. 1068 Co.de Co.)
Favor girar a nombre de JARGU CORREDORES DE SEGUROS SA. o a la aseguradora y exigir su recibo de pago.

Firma

Recibido

COPIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO PARA PAGOS
4960723049

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO. NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: **SEAS MEDELLIN FUTURO**

AG. RAM. POL.: 496 - 83 - 994000000087

VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:
$ 401,049.00

DIA	MES	AÑO
05	09	2023

FECHA DE IMPRESIÓN

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

FORMA DE PAGO **CHEQUE** ☐ **EFECTIVO** ☐

COD. BANCO _____ No. CHEQUE _____

VALOR PAGADO
$

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072304

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta Corriente / Ahorros Tarjeta de Crédito
RECAUDO VERDE	Banco de Bogotá Banco de occidente	Efectivo o cheque Presentando comprobante de pago desde su dispositivo móvil, sin necesidad de imprimir.
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(1) 3849444	Tarjeta de Crédito
BANCOS	Banco Davivienda convenio barras # 1040955 ó DNR 1004050 Ref. 1 No. Documento, Ref 2 No. electrónico 10 dígitos.	Efectivo ó Cheque
	Banco de Occidente	
	Banco de Bogotá	
CAJEROS AUTOMÁTICOS	Red ATH	Tarjeta Débito ó Tarjeta Crédito
CORRESPONSALES DE RECAUDO	Ver cuadro Corresponsales de Recaudo	Efectivo

* CORRESPONSALES DE RECAUDO		MONTO MÁXIMO
1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax, Pomona y Almacenes Éxito	$9.999.999
2) LA 14	Supermercados	$9.999.999
3) SUPER GIROS	Convenio No. 6792 y número electrónico	$5.000.000
4) PUNTO DE PAGO Grupo Aval	Convenio No. 6792 y número electrónico	$4.000.000
5) MOVIIRED	Tiendas y puntos autorizados	$1.500.000
6) EFECTY	Convenio No. 6792 y Número electrónico	$ 500.000
7) COOPENESSA	ÚNICO CONVENIO PARA PAGOS PÓLIZAS ESTUDIANTILES EXCLUSIVO SANTANDER DEL SUR	$ 500.000
8) COPIDROGAS	Droguerías afiliadas	$ 300.000
9) CONRED	Monto máximo $1.000.000 Convenios No. 1040955 y/o 1004050 Referencia: Número electrónico para pagos	
10) PUNTORED		

IMPORTANTE

- Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
- No se reciben pagos mixtos (efectivo o cheque)
- Para pagos en cheque, diligencie en el reverso del mismo: Nombre y apellido o razón social del tomador de la póliza, número electrónico para pagos y número telefónico.
- Para pagos por medio de línea telefónica, baloto y por Internet (PSE-TC),se requiere del número electrónico para pagos.
- La devolución de las primas a razón de la revocación de pólizas pagadas mediante tarjeta de crédito se realizará con cargo a la misma tarjeta, menos las deducciones aplicables al caso.
- Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página: www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Whatsapp business Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co
Línea Solidaria a través del #789
desde tu móvil Claro, Tigo, Movistar y Avantel
01 8000 512021 gratis desde cualquier lugar del país
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano
Carrera 13A #28-38 oficina 221 Bogotá - Teléfono (601) 7919180
Fax: (601)7919180 - Celular 3123426229
Correo electrónico defensoriasolidaria@gmail.com
Horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 m y de 2 p.m. a 6 p.m.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*** LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.**

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO PARA PAGOS
4960723049

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.982.138-1**

DIA	MES	AÑO
05	09	2023

FECHA DE IMPRESIÓN

FORMA DE PAGO **CHEQUE** ☐ **EFECTIVO** ☐

COD. BANCO _____ No. CHEQUE _____

VALOR PAGADO
$

(415)7701861000019(8020)000000000007000496072304

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

- Banco -

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4BF79CE96A43A0Z8

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NELSON ALEJANDRO PARDO CLAVIJO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1033742863 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 197539-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Julio de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

197539-T



NELSON ALEJANDRO
PARDO CLAVIJO
C.C. 1033742863
RESOLUCION INSCRIPCION 1568 FECHA 26/11/2014
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 209823

199027

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.

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 1
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4960723049
Identificación:	192.230.104.6
Nombre:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI
Email:	contrataciones@hospitalanori.gov.co
IP:	192.230.104.6

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	49607230491
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	15/09/2023
Ticket ID:	49607230491
Transacción/CUS:	162027418
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	3
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1001
Total:	401049
Total Iva:	0

* Esta transaccion 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: 49607230491

Descripción del pago: POLIZAS

Nro. de referencia: 192.230.104.6

Nro. de referencia 2: 4960723049

Nro. de referencia 3: NIT - 890982138

Fecha y hora de la transacción: Viernes 15 de Septiembre de 2023 11:49:30 AM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 401,049.00

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 1212 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: Estados Unidos 305 448 7262 - Panamá 206 2026 - Cayman 1 345 914 4000

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

FECHA DE ELABORACION:	05/09/23

INFORME DE EJECUCION:	No. 5	**PARA PAGO:**	5	
PERIODO DE SEGUIMIENTO	**Desde:**	27/07/23	**Hasta:**	05/09/23

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.

PLAZO:	**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 modificación por inclusión de equipos nuevos (equipo RX – muebles farmacia) a póliza de todo riesgo.

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
Pago No. 3 / Desembolso	25/07/23		$1.160.700	$71.026.942
Pago No. 4 / Desembolso	26/07/23		$63.131.523	$7.895.419
Pago No. 5 / Desembolso	05/09/23		$401.049	$7.494.370
TOTALES		**$147.000.000**	$139.505.630	

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.

2. EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

El contratista cumplió a satisfacción con la entrega de modificación por inclusión de equipos nuevos (equipo RX – muebles farmacia) a póliza de todo riesgo.

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
Pago No. 3 / Desembolso	25/07/23		$1.160.700	$71.026.942
Pago No. 4 / Desembolso	26/07/23		$63.131.523	$7.895.419
Pago No. 5 / Desembolso	05/09/23		$520.863	$7.494.370
TOTALES		**$147.000.000**	$139.505.630	

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 automóviles

Para constancia, se firma la presente acta:

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