



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

NIT. 860.009.578-6

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MANIZALES			SUCURSAL MANIZALES			COD.SUC 42		NO PÓLIZA 42-44-101164346		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	
08   10   2025			07   10   2025			00:00		20   10   2028		23:59	
TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL CALDAS MEDICAS S.A S.								IDENTIFICACIÓN NIT: 890.806.147-3			
DIRECCIÓN carrera 24 No 47-74						CIUDAD MANIZALES, CALDAS			TELÉFONO 8859134		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE FRESNO TOLIMA								IDENTIFICACIÓN NIT: 890.700.901-4			
DIRECCIÓN CARRERA 9 NO 2-42						CIUDAD FRESNO, TOLIMA			TELÉFONO 2580265		
ADICIONAL											

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S A , GARANTIZA

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO, EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES EN EL CONTRATO DE COMPRAVENTA No 194-2025 PARA LA ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA PUESTOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE DE FRESNO TOLIMA

**AMPAROS**

RIESGO. SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/10/2025	20/10/2026	\$44,596,440.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	07/10/2025	20/10/2028	\$44,596,440.00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	07/10/2025	20/10/2026	\$44,596,440.00

**ACLARACIONES**

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ ****569,673 00	\$ *****20,000 00	\$ *****112,038 00	\$ *****701,711 00	\$ *****133,789,320 00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
JESUS ERNEY FERREIRA VERGARA	999403	100 00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 24 NO 64-03 - TELEFONO: (606) 8813280 - MANIZALES

*[Firma manuscrita]*



*[Firma manuscrita]*

42-44-101164346

FIRMA AUTORIZADA. Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 TELEFONO. 601-2186977, 601-6019330

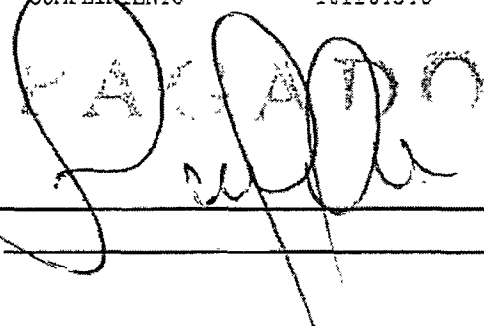
DLF999403A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

J. HERNEY FERREIRA V.  
Nit. 10.279.919


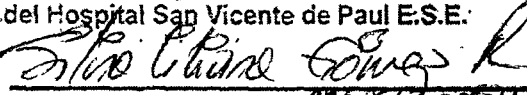
CALLE 22 # 22-22 OFC. 504 43 # 23-1  
Tel. 832203 - Manizales


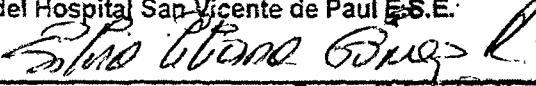
**INGRESOS DE CAJA**

Agua azul, 08 de Octubre de 2025							RECIBO N° 00055618		
Recibimos de CALDAS MEDICAS S.A.S							CC. o Nit: 890.806.147		
La suma de SETECIENTOS UN MIL SETECIENTOS ONCE PESOS CON CERO CENTAVOS***** *****							Valor recibido: \$701,711		
Por concepto de PAGO POLIZA									
Aviso	Cia.	Ramo	Póliza	Anexo	Pago o abono	For.pago Banco	N° Cheque	Id. Cuenta/Tarjeta	Nomb.Tarjeta
47455	SEGUROS DEL	COMPLIMIENTO	101164346	0	701,711	E			
							CC o Nit:		Fecha de pago, firma y sello

Imputación Contable


COMPANIA	CUENTA	NOMBRE CUENTA	VALOR

	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E.</b> NIT. 890.700.901-4 <b>APROBACIÓN DE PÓLIZA</b>
<b>GARANTIAS APROBADAS</b>	
No. de Poliza <u>42-44-761164346</u>	
Aseguradora <u>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</u>	
Amparos: <u>CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO RENAES</u>	
Reviso y Aprobó:	Hago constar que he revisado la anterior póliza de seguro y la encuentro conforme a lo exigido en el contrato y el Estatuto General de Contratación del Hospital San Vicente de Paul E.S.E.  Nombre, Cedula y Firma <u>CC: 25710713</u>

	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E.</b> NIT. 890.700.901-4 <b>APROBACIÓN DE PÓLIZA</b>
<b>GARANTÍAS APROBADAS</b>	
No. de Poliza	<u>42-44-101164346</u>
Aseguradora	<u>SEGUROS DEL ESTADO SA</u>
Amparos:	<u>PAGO DE SALARIOS - PREVISIONES SOCIALES</u>
Reviso y Aprobó:	Hago constar que he revisado la anterior póliza de seguro y la encuentro conforme a lo exigido en el contrato y el Estatuto General de Contratación del Hospital San Vicente de Paul E.S.E.
	 Nombre, Cedula y Firma <u>102874973/2</u>

 <b>HSVP</b> FRESNO TOLIMA	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E.</b> NIT. 890.700.901-4 APROBACIÓN DE PÓLIZA
--	--

GARANTÍAS APROBADAS

No. de Poliza	42-44-107764346
Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO S.A
Amparos:	Poliza de Cumplimiento
Reviso y Aprobó:	Hago constar que he revisado la anterior póliza de seguro y la encuentro conforme a lo exigido en el contrato y el Estatuto General de Contratación del Hospital San Vicente de Paul E.S.E.
Nombre, Cedula y Firma	 Nombre, Cedula y Firma