UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

EL SEÑOR JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 0364 DEL 02 DE FEBRERO DE 2025 QUE MODIFICÓ PARCIALMENTE LA RESOLUCIÓN NO. 00011 DEL 02 DE ENERO DE 2025 Y LA DESIGNACIÓN MEDIANTE ORDEN INTERNA NÚMERO 296 DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 86-5-20226-25

CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO
NIT: 890.802.223-7

OBJETO: "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LOS MUNICIPIOS DE CALDAS, RISARALDA Y QUINDIO PERTENECIENETES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3; GRUPO 1 FILADELFIA-CALDAS".

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: SIETE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($7.000.000,00).

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO **NIT** 860.009.578-6
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 42-03-101003917 ANEXO 1 expedida el 15/08/2025

AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
		DESDE	HASTA
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales	$ 600.000.000,00	15/08/2025	31/01/2026

Se aprueba de manera parcial la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Para Clínicas y Hospitales en mención, ya que la cobertura es hasta 31/01/2026. El contratista se compromete a realizar la renovación pertinente con el fin de cubrir el plazo de ejecución del contrato, es decir hasta el 31/05/2026, incluyendo prorrogas si a ello hubiere lugar.

Para constancia se firma en Pereira a los 05 DEC 2025

Mayor **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 (E)

Elaboró: SI Jesús David Jiménez Chica
Funcionario Grupo de Contratos

Revisó: CPS Nelson Raúl Figueroa Peñaloza
Asesor Jurídico Grupo Contratos

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MANIZALES	MANIZALES	ANEXO NO CAUSA PRIMA	42-03-101003917	1

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO** NIT **890.802.223-7**

DIRECCION **CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA** CIUDAD **FILADELFIA, CALDAS** TELEFONO **8580510**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO** NIT **890.802.223-7**

DIRECCION **CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA** CIUDAD **FILADELFIA, CALDAS** TELEFONO **8580510**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY** SI

FECHA DE EXPEDICION. (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
15 / 08 / 2025	31 / 01 / 2025	31 / 01 / 2026	15 / 08 / 2025	31 / 01 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTD	153838	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL				
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 600,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH	**$ 600,000,000.00**		**$ 100,000,000.00**
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 600,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 600,000,000.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH - $ 600,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******600,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 24 NO 64-03, TELÉFONO (606) 8813280 - MANIZALES

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

42-03-101003917

FIRMA AUTORIZADA

SANDRAOSPINA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MANIZALES	MANIZALES	ANEXO NO CAUSA PRIMA	42-03-101003917	1

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO			NIT	890.802.223-7
DIRECCION	CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA	CIUDAD	FILADELFIA, CALDAS	TELEFONO	8580510
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO			NIT	890.802.223-7
DIRECCION	CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA	CIUDAD	FILADELFIA, CALDAS	TELEFONO	8580510
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
15 / 08 / 2025	31 / 01 / 2025	31 / 01 / 2026	15 / 08 / 2025	31 / 01 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTD CLIENTE	153838	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO





TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******600,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 24 NO 64-03, TELÉFONO (606) 8813280 - MANIZALES

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MANIZALES	ANEXO NO CAUSA PRIMA	42-03-101003917	1

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO			NIT	890.802.223-7
DIRECCION	CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA	CIUDAD	FILADELFIA, CALDAS	TELEFONO	8580510
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO			NIT	890.802.223-7
DIRECCION	CALLE 9 CARRERA 5 BARRIO SANTANDER FILADELFIA	CIUDAD	FILADELFIA, CALDAS	TELEFONO	8580510
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA:
SE INCLUYE A LA NUEVA EPS- CON NIT 900156264-2 COMO ASEGURADA DENTRO DE LA POLIZA, A PARTIR DE LA FECHA, DE IGUAL FORMA SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES EMANADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL REGIMENSUBSIDIADO EN LA MODALIDAD EVENTO, NUMERO 02-01-07-00018-2025 SUSCRITO EL 04/02/2025, EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDE 20% DEL VALOR DE CONTRATO ($60.000.000) CONSIGNADO EN EL DOCUMENTO DE LEGALIZACION CONTRATO ASISTENCIAL

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES OTORGADAS EN LA LICITACION PUBLICA.

LOS DEMAS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Manizales, 05 de diciembre de 2025

Mediante el presente documento, **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, identificado con **NIT 860.009.578 -6** hace constar la expedición de la póliza en relación, cuyo tomador es **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BERNARDO.** con nit Nro. 890.802.223 – 7 se encuentra a **PAZ Y SAVO** con las pólizas relacionadas a continuación:

Ramo	CodRamo	Pol.	Año	Anexo	Emision	Vig. Desde	Vig. Hasta	Prima Total
RC	1	101000444	2025	0	12/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	14280000
RCE	2	101002985	2025	0	10/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	1535100
RCPR	3	101003917	2025	0	05/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	26894000
RCPR	3	101003917	2025	1	15/08/2025	15/08/2025	31/01/2026	0
PYME	23	101000452	2025	0	14/02/2025	01/02/2025	01/02/2026	9524037,9
PYME	23	101000452	2025	1	14/02/2025	01/02/2025	01/02/2026	-9524037,9
PYME	23	101000453	2025	0	14/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	9524037,9
MA	42	101000551	2025	0	12/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	3819900
AUT LIV IN	48	101012153	2025	0	01/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	8946435,23
AUT LIV CO	49	101001780	2025	0	01/02/2025	31/01/2025	31/01/2026	44238910,34

Dicha constancia se expide a solicitud del asegurado a los cinco (05) días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente.

FERNEY FRANCO GAVIRIA
Coordinador Administrativo
Sucursal Manizales

E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO

Nit: 890.802.223-7 - FILADELFIA

COMPROBANTE DE EGRESO

Vigencia: 2025 **Nro: 29**

Fecha:	11/02/2025	**Nit:**	860009578	**Beneficiario:**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Telefono:		**Direccion:**		CALLE 9A CARRERA 5 ESQUINA	
Nro GP:	28	**Nro OP:**		36 - 39	

Entidad Bancaria Contratista:		**Tipo Cuenta:**		**Nro Cuenta Bancaria:**	

Forma de Pago:	TRANSFERENCIA	**Detalle:**		**Valor:**	10,000,000.00

Retenciones:	.00	**Iva:**	.00	**Ica:**	.00	**Otros:**	.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

[illegible]	Nroreg	Nrodis	Rubro	Fuente	Nombre del Rubro	Valor
39	59	44	2.1.2.02.02.007.71347	ADM	Servicio de Seguro Obligatorio de Accidente de Transito SOAT	5,907,500.00
39	59	44	2.1.2.02.02.007.71351	ADM	Servicios de Seguros de Vehiculos Automotores	2,975,700.00
36	59	44	2.1.2.02.02.007.71347	ADM	Servicio de Seguro Obligatorio de Accidente de Transito SOAT	1,116,800.00
					TOTAL	**10,000,000.00**

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 42600104-6		10,000,000.00
24902801	SEGUROS	10,000,000.00	
	SUMAS IGUALES	**10,000,000.00**	**10,000,000.00**

VALOR EN LETRAS

SON DIEZ MILLONES PESOS

DESCRIPCION:

DISPONIBILIDAD PARA CONTRATAR POLIZAS DE SEGUROS DE TODO RIESGO, DAÑO MATERIAL, RESPONSABILIDAD CIVIL, EX CONTRACTUAL P.L.O MANEJO GLOBAL A FAVOR DE LAS ENTIDASES ESTATALES, RESPONSABILIDAD CIVIL DE SERVIDORES PÚBLICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES OCURRENCIA, AUTOMOVILES, SOAT PARA LA ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE FILADELFIA -CALDAS A31 ENERO 2026.

Gerente

Gloria E. Manuland

Presupuesto

TRANSFERENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
860009578

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	E S E HOSPITAL SAN BERNARDO
Nombre Proceso	ABONO POLIZAS SEGUROS DEL ESTADO
Fecha Pago	14/02/2025
Hora Pago	15:21

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600095786	**Referencia**	5400000000000001
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX8194	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 10.000.000,00	**Estado**	Pendiente de Respuesta otros bancos

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO

Nit: 890.802.223-7 - FILADELFIA

COMPROBANTE DE EGRESO

Vigencia: 2025 **Nro: 229**

Fecha:	27/05/2025	**Nit:**	860009578	**Beneficiario:**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Telefono:		**Direccion:**		CALLE 9A CARRERA 5 ESQUINA	
Nro GP:	232	**Nro OP:**		39 - 40 - 59 - 60 - 73 - 75	

Entidad Bancaria Contratista:		**Tipo Cuenta:**		**Nro Cuenta Bancaria:**	

Forma de Pago:	TRANSFERENCIA	**Detalle:**	POLIZA DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2025.	**Valor:**	50,000,000.00

Retenciones:	.00	**Iva:**	.00	**Ica:**	.00	**Otros:**	.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

°	Nroreg	Nrodis	Rubro	Fuente	Nombre del Rubro	Valor
59	59	44	2.1.2.02.02.007.71351	ADM	Servicios de Seguros de Vehiculos Automotores	18,722,155.00
40	59	44	2.1.2.02.02.007.71351	ADM	Servicios de Seguros de Vehiculos Automotores	14,238,910.00
60	59	44	2.1.2.02.02.007.71354	ADM	Servicios de Seguros contra Incendio, Terremoto o Sustraccion	1,535,100.00
39	59	44	2.1.2.02.02.007.71351	ADM	Servicios de Seguros de Vehiculos Automotores	63,235.00
75	59	44	2.1.2.02.02.007.71355.01	ADM	Servicios de Seguros en Responsabilidad Civil	3,448,855.00
59	59	44	2.1.2.02.02.007.71354	ADM	Servicios de Seguros contra Incendio, Terremoto o Sustraccion	8,171,845.00
73	59	44	2.1.2.02.02.007.71354	ADM	Servicios de Seguros contra Incendio, Terremoto o Sustraccion	3,819,900.00
					TOTAL	**50,000,000.00**

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 42600104-6		50,000,000.00
24902801	SEGUROS	50,000,000.00	
	SUMAS IGUALES	**50,000,000.00**	**50,000,000.00**

VALOR EN LETRAS

SON CINCUENTA MILLONES PESOS

DESCRIPCION:

DISPONIBILIDAD PARA CONTRATAR POLIZAS DE SEGUROS DE TODO RIESGO, DAÑO MATERIAL, RESPONSABILIDAD CIVIL, EX CONTRACTUAL P.L.O MANEJO GLOBAL A FAVOR DE LAS ENTIDASES ESTATALES, RESPONSABILIDAD CIVIL DE SERVIDORES PÚBLICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES OCURRENCIA, AUTOMOVILES, SOAT PARA LA ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE FILADELFIA -CALDAS A31 ENERO 2026.

Gerente

Gloria E. Manulanda O.

Presupuesto

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	E S E HOSPITAL SAN BERNARDO
Nombre Proceso	SEGUROS DEL ESTADO-POLIZAS
Fecha Pago	27/05/2025
Hora Pago	16:35

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600095786	**Referencia**	5400000000000001
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8194	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 50.000.000,00	**Estado**	Pendiente de Respuesta otros bancos

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO

Nit: 890.802.223-7 - FILADELFIA

COMPROBANTE DE EGRESO

Vigencia: 2025 **Nro: 388**

Fecha:	23 07/2025	**Nit:**	860009578	**Beneficiario:**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Telefono:		**Direccion:**		CALLE 9A CARRERA 5 ESQUINA	
Nro GP:	390	**Nro OP:**		74 - 75 - 373 - 374	

Entidad Bancaria Contratista:		**Tipo Cuenta:**		**Nro Cuenta Bancaria:**	

Forma de Pago:	TRANSFERENCIA	**Detalle:**	RESTANTE DE FACT 4597- FACT 4463-6038 POLIZA VIGENCIA 2025	**Valor:**	11.610.283.00

Retenciones:	.00	**Iva:**	.00	**Ica:**	.00	**Otros:**	.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

OP	Nroreg	Nrodis	Rubro	Fuente	Nombre del Rubro	Valor
373	59	44	2 1 2 02 02 007 71356	ADM	Servicios de Seguros de Cumplimiento	2,280,000.00
374	59	44	2 1 2 02 02 007 71356	ADM	Servicios de Seguros de Cumplimiento	1,255,100.00
75	59	44	2 1 2 02 02 007 71356	ADM	Servicios de Seguros de Cumplimiento	2,177,728.00
75	59	44	2 1 2 02 02 007 71355 01	ADM	Servicios de Seguros en Responsabilidad Civil	2,924,300.00
74	59	44	2 1 2 02 02 007 71354	ADM	Servicios de Seguros contra Incendio, Terremoto o Sustraccion	2,973,155.00
					TOTAL	**11,610,283.00**

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 42600104-6		11,610,283.00
24902801	SEGUROS	11,610,283.00	
	SUMAS IGUALES	**11,610,283.00**	**11,610,283.00**

LOR EN LETRAS

SON ONCE MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

DESCRIPCION:

DISPONIBILIDAD PARA CONTRATAR POLIZAS DE SEGUROS DE TODO RIESGO, DAÑO MATERIAL, RESPONSABILIDAD CIVIL EX CONTRACTUAL P.L.O MANEJO GLOBAL A FAVOR DE LAS ENTIDASES ESTATALES, RESPONSABILIDAD CIVIL DE SERVIDORES PÚBLICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES OCURRENCIA, AUTOMOVILES, SOAT PARA LA ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE FILADELFIA -CALDAS A31 ENERO 2026.

Gerente

Gloria B. mantanda Q

Presupuesto

TRANSFERENCIA

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	E S E HOSPITAL SAN BERNARDO
Nombre Proceso	POLIZAS
Fecha Pago	23/07/2025
Hora Pago	14:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600095786	**Referencia**	5400000000000001
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX8194	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 11.610.283,00	**Estado**	Pendiente de Respuesta otros bancos

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO

Nit: 890.802.223-7 - FILADELFIA

COMPROBANTE DE EGRESO

Vigencia: 2025 **Nro: 384**

Fecha:	17/07/2025	**Nit:**	860009578	**Beneficiario:**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Telefono:		**Direccion:**			CALLE 9A CARRERA 5 ESQUINA
Nro GP:	388	**Nro OP:**			74 - 75

Entidad Bancaria Contratista:		**Tipo Cuenta:**		**Nro Cuenta Bancaria:**	

Forma de Pago:	TRANSFERENCIA	**Detalle:**	FACT 4463-4597 POLIZAS VIGENCIA 2025	**Valor:**	10,000,000.00

Retenciones:	.00	**Iva:**	.00	**Ica:**	.00	**Otros:**	.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

OP	Nroreg	Nrodis	Rubro	Fuente	Nombre del Rubro	Valor
75	59	44	2 1 2 02 02 007 71356	ADM	Servicios de Seguros de Cumplimiento	973,155.00
74	59	44	2 1 2 02 02 007 71355 01	ADM	Servicios de Seguros en Responsabilidad Civil	9,026,845.00
					TOTAL	**10,000,000.00**

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 42600104-6		10,000,000.00
24902801	SEGUROS	10,000,000.00	
	SUMAS IGUALES	**10,000,000.00**	**10,000,000.00**

VALOR EN LETRAS

SON DIEZ MILLONES PESOS

DESCRIPCION:

DISPONIBILIDAD PARA CONTRATAR POLIZAS DE SEGUROS DE TODO RIESGO, DAÑO MATERIAL, RESPONSABILIDAD CIVIL, EXTRACTUAL P.L.O MANEJO GLOBAL A FAVOR DE LAS ENTIDASES ESTATALES, RESPONSABILIDAD CIVIL DE SERVIDORES PUBLICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES OCURRENCIA, AUTOMOVILES, SOAT PARA LA ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE FILADELFIA -CALDAS A31 ENERO 2026

Gerente

Olonia E. Manulanda G.

Presupuesto

TRANSFERENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
860009578



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	E S E HOSPITAL SAN BERNARDO
Nombre Proceso	PROVEEDORES 2025
Fecha Pago	11/09/2025
Hora Pago	18:13

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600095786	**Referencia**	5400000000000001
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8194	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 2.611.200,00	**Estado**	Pendiente de Respuesta otros bancos

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial