

NIT 860 037 813-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: 9r7y5zp4pKw10pA81/2ivA==

No. PÓLIZA	CHJ-100076109	No. ANEXO	8	No. CERTIFICADO	533143878	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	19/03/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 16/03/2026	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 31/12/2029	DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A
						VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A
TOMADOR	DISCOMED S.A.S					No. DOC. IDENTIDAD	901.841.827-0
DIRECCIÓN	CL 8 81 02					TELÉFONO	3167424262
ASEGURADO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON					No. DOC. IDENTIDAD	891.180.026-5
DIRECCIÓN	CALLE 7 NO. 14 - 69					TELÉFONO	8333225
BENEFICIARIO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON					No. DOC. IDENTIDAD	891.180.026-5
DIRECCIÓN	CALLE 7 NO. 14 - 69					TELÉFONO	8333225

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.180 DE 2026 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, INCLUYENDO BANCO DE REPUESTOS, PARA LOS EQUIPOS DE REFRIGERACION, CONGELADORES, DE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON.

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 16/03/2026	24:00 Horas Del 30/06/2027	3.980.018,80	9.245,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 16/03/2026	24:00 Horas Del 31/12/2029	3.980.018,80	22.670,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 16/03/2026	24:00 Horas Del 31/12/2027	11.940.056,40	38.568,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO	00:00 Horas Del 16/03/2026	24:00 Horas Del 31/12/2027	11.940.056,40	38.568,00
 HOSPITAL DPTAL. SAN VICENTE DE PAUL Aprobación de Garantías TOTAL ASEGURADO \$ 31.840.150,40				

INTERMEDIARIOS		FECHA: 19-03-2026	TIPO: PARTICIPACIÓN														
ARGELIA TOVAR SEGUROS & CIA LTDA	AGENCIAS																
DISTRIBUCIÓN COASEGURO																	
COMPANIA	TIPO COASEGURO	POLIZA LIDER	CERTIF. LIDER % PARTICIPACIÓN														
CONVENIO DE PAGO		DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 19/03/2026															
		<table border="1"> <tr> <td>PRIMA BRUTA</td> <td>\$ 109.051,00</td> </tr> <tr> <td>DESCUENTOS</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>EXTRA PRIMA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRIMA NETA</td> <td>\$ 109.051,00</td> </tr> <tr> <td>GASTOS EXP.</td> <td>\$ 5.000,00</td> </tr> <tr> <td>IVA</td> <td>\$ 21.669,69</td> </tr> <tr> <td>TOTAL A PAGAR</td> <td>\$ 135.720,69</td> </tr> </table>		PRIMA BRUTA	\$ 109.051,00	DESCUENTOS	\$	EXTRA PRIMA		PRIMA NETA	\$ 109.051,00	GASTOS EXP.	\$ 5.000,00	IVA	\$ 21.669,69	TOTAL A PAGAR	\$ 135.720,69
PRIMA BRUTA	\$ 109.051,00																
DESCUENTOS	\$																
EXTRA PRIMA																	
PRIMA NETA	\$ 109.051,00																
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00																
IVA	\$ 21.669,69																
TOTAL A PAGAR	\$ 135.720,69																

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADENMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANICIOPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañia Mundial De Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO

John A. Vazquez
TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:
• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplamos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HQJA No.



RECIBO ELECTRONICO No. 100000199

NIT: 860.037.013-6

CIUDAD Y FECHA: NEIVA 19/03/2026 5:27:30 p.m.

VALOR TOTAL: \$135.720,69

RECIBO DE: DISCONMED S.A.S

NUMERO DE IDENTIFICACION: 901841827

POR CONCEPTO DE: PAGO ELECTRONICO DE PRIMAS

FORMA DE PAGO:

Medio De Pago	No. De Documento	No. Autorización	Entidad	Valor
P.S.E.	20260100142918	154828304	BANCO DAVIVIENDA	135.720,69

OBSERVACIONES:

Ramo: CUMPLIMIENTO Póliza(s): 100076109 Certificado(s): 533143878;

FIRMA AUTORIZADA

CAJA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS

DIRECCIÓN IP: 10.158.85.50 CORREO:

TES-08N-05/2019

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CHU-100076109** y endoso, 0 cuyo afianzado es: **DISCONMED S.A.S** Asegurado o Beneficiario: **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON / E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON**, expedida por la Compañía en **19/03/2026**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN HUILA a los **19** días del mes **MARZO** del año **2026**.



Firma Autorizada
Compañía mundial de Seguros S.A.

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá:

(+601) 327 47 12/13

Nacional:

01 8000 111 935

Sitio Web:

www.segurosmondial.com.co



Cumplimos con los sueños de nuestro planeta
reciclando responsablemente. Protege el Medio
Ambiente evitando la impresión de este documento.

@SegurosMundial



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN VICENTE DE PAÚL**

Código: C1FO1161 - 003

GARZÓN HUILA

Version: 01

NIT: 891.180.026-5

CUMPLIMIENTO DE REQUISITO(S) - POLIZA(S)

Vigencia: 20/11/2024

CUMPLIMIENTO DE REQUISITO(S) - POLIZA(S):

De conformidad con lo establecido en el artículo 22 del Acuerdo No. 016 del 15 de octubre de 2024 – Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas que lo modifiquen o deroguen, la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA procede a revisar y aprobar las garantías de cumplimiento del contrato, buen manejo y correcta inversión del pago anticipado, calidad del servicio, calidad y correcto funcionamiento de los bienes, pago de salarios y prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales y responsabilidad civil extracontractual de las obligaciones surgidas del contrato de prestación de servicios No.180 de 2026.

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DISCONMED S.A.S	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 180 DE 2026.
-----------------------	-----------------	--

OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, INCLUYENDO BANCO DE REPUESTOS, PARA LOS EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN, CONGELADORES, DE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN.
---------	---

VALOR INICIAL:	\$39.800.188 IVA INCLUIDO.
----------------	----------------------------

TÉRMINO DE EJECUCIÓN	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO ... HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026.
----------------------	---

AMPARO: CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$3.980.018.80	16/03/2026	30/06/2027	SI

AMPARO: PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$3.980.018.80	16/03/2026	31/12/2029	SI

AMPARO: CALIDAD DEL SERVICIO

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$11.940.056.40	16/03/2026	31/12/2027	SI

AMPARO: CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$11.940.056.40	16/03/2026	31/12/2027	SI

AMPARO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE

No. PÓLIZA	ASEGURADORA	FECHA EXPEDICIÓN PÓLIZA	SUPERVISIÓN
CHU-100076109 ANEXO:0	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	19/03/2026	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ALMACÉN DE LA E.S.E

La vigencia de las pólizas aprobadas mediante el presente documento, deberán ampliarse por el contratista cuando a ello hubiere lugar con el fin de garantizar la cobertura de los amparos, de conformidad con lo exigido en el contrato.

EL CONTRATISTA CUMPLE CON LAS GARANTÍAS, por reunir los requisitos de vigencia y cuantía exigidos por la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

19 de marzo de 2026

MARÍA ALEJANDRA C.

MARÍA ALEJANDRA CUELLAR URRIAGO

Profesional de apoyo Oficina de Contratación

SECRETARÍA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE HUILA
PAGO DE RENTAS VARIAS
NIT 800.103.913-4

Recibo de recaudo No: 4102600010940

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No Documento: 9018418270
Nombre:
DISCONMED SAS

→ **TRÁMITE**
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

VALOR BASE	39.600.000
VALOR TOTAL CONTRATO	39.600.000
VALOR ORDEN DE PAGO	39.600.000
FECHA CONTRATO	16/03/2020
NRO CONTRATO	180
NÚMERO ORDEN DE PAGO	1

→ **ESTAMPILLA-TASA IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN**

PRO DE BARRIOLO	\$790.000
PRO DE TERCIA	\$500.000
PRO DE SANEAMIENTO Y SERVICIO COMUNITARIO	\$1.500.000
VALOR TOTAL IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN	\$2.790.000

Total a pagar \$1.597.800

Con destino a
San Vicente Paul

→ Fecha expedición: 2026/03/19

Puede ingresar a
<https://edeskprisma.syl.com.co/huila>
para validar y consultar el detalle del pago de la
Estampilla Departamental



SOPORTE TRÁMITE

Formato RE-OP-08. 3/03/2025 V.C.



Fecha de impresión: 19/03/2026 16:35:15