

Nº 860 037 013 6
SONO GRANDES CONTRIBUYENTES
VA REGIMEN COM. AUTORETENCIONES

Código de Seguridad: 90kw4LT5cQPFLukLwa+hpQ==

No. PÓLIZA	CHU-180878963	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533150558	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	06/05/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 30/04/2026	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 05/01/2030	DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A
							N/A
VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA							N/A
TOMADOR	FUMI ESPRAY SAS			No. DOC. IDENTIDAD	900654916-2		
DIRECCIÓN	DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51			TELÉFONO	3112724284		
ASEGURADO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON			No. DOC. IDENTIDAD	891180026-5		
DIRECCIÓN	CALLE 7 # 14-69			TELÉFONO	8333225		
BENEFICIARIO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON			No. DOC. IDENTIDAD	891180026-5		
DIRECCIÓN	CALLE 7 # 14-69			TELÉFONO	8333225		

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 227 DE 2026, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS DE CONTROL DE PLAGAS (INSECTOS, VECTORES Y ROEDORES) A TODO COSTO, EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN (SEDE PRINCIPAL, SEDE DE CONSULTA EXTERNA, SEDE DE CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS, SEDE ADMINISTRATIVA, CASA ADMINISTRATIVA Y ARCHIVO CENTRAL).

"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 solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 30/04/2026	24:00 Horas Del 05/07/2027	2.768.892,00	5.885,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 30/04/2026	24:00 Horas Del 05/01/2030	2.768.892,00	15.316,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 30/04/2026	24:00 Horas Del 05/01/2028	8.306.676,00	25.193,00

HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL
Aprobación de Garantías

Fecha: 07/05/2026 \$ 13.844.460,00

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$	46.394,00
SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA LTDA.	AGENCIAS	100,00	DESCUENTOS	\$	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO					EXTRA PRIMA	
COMPANÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN	PRIMA NETA	\$ 46.394,00
					GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
					IVA	\$ 9.765,00
					TOTAL A PAGAR	\$ 61.159,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 06/05/2026
------------------	---

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 06/05/2026

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.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 SEGUN 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 ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANICIPIADAMENTE 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 TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO

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

TOMADOR



Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



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

H.O.A No.



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D001

No. PÓLIZA	CHU-100078963	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533150558	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	06/05/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA		
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	30/04/2026	24:00 Horas Del	05/01/2030	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

Página web: www.seguros-mundial.com.co

Correo electrónico: mundial@seguros-mundial.com.co

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"



Detalle del pago

Transaction ID:

e58ed3fb-2558-475a-96a1-1c7406de520a

Creado: 5/7/26, 3:39 PM | Actualizado: 5/7/26, 3:41 PM

País: CO

Estado: APPROVED

Subestado: SYNC

Cliente: FUMI ESPRAY SAS FUMI ESPRAY SAS

Descripción : Boleta de Pago No. : 20260100212938
Polizas: null

Correo:

Valor venta

\$61,159.00

Descargar

Cerrar

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

533150558

Fecha de Facturación

06/05/2026

Fecha Límite de Pago

05/06/2026

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**
Póliza No.

CHU-100078963

Periodo Facturado

30/04/2026

05/01/2030

Prima (incluye gastos de expedición)

51.394,00

IVA

9.765,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

61.159,00

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente
Nombre / Razón Social

FUMI ESPRAY SAS

DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51

900654916

Intermediario

SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA

Cheque
Banco
No Cuenta
No Cheque
Valor Cheque
TOTAL

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **ÚNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la cartula de esta (artículo 1068 código de comercio).
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA** Nit 900531292-7. Al respaldo endoselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará comisión del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE
VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

533150558

Fecha de Facturación

06/05/2026

Fecha Límite de Pago

05/06/2026

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**
Póliza No.

CHU-100078963

Periodo Facturado

30/04/2026

05/01/2030

Prima (incluye gastos de expedición)

51.394,00

IVA

9.765,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

61.159,00

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente
Nombre / Razón Social

FUMI ESPRAY SAS

DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51

900654916

Intermediario

SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA

Cheque
Banco
No Cuenta
No Cheque
Valor Cheque
TOTAL
**Corresponsales
OPCIÓN 1**


(415)7709998434219(8020)00000533150558(3900)000000061159(96)20260605

**Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2**


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990533150558(3900)000000061159(96)20260605

NIT 860 037 013 6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
VA REGIMEN COMÚN - AUTORETENCIONES

Código de Seguridad: +kFQtPCC+U26T4jXnRTBZw==

No. PÓLIZA CHU-180014819		No. ANEXO 8		No. CERTIFICADO 533150568		No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN 06/05/2026		SUC. EXPEDIDORA CEN HUILA	
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	
00:00 Horas Del		30/04/2026		24:00 Horas Del		30/06/2027	
						N/A	
						N/A	
						N/A	
						N/A	
TOMADOR FUMI ESPRAY SAS				No. DOC. IDENTIDAD 980654916-2			
DIRECCIÓN DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51				TELÉFONO 3112724284			
ASEGURADO FUMI ESPRAY SAS				No. DOC. IDENTIDAD 980654916-2			
DIRECCIÓN DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51				TELÉFONO 3112724284			
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS				No. DOC. IDENTIDAD			
DIRECCIÓN				TELÉFONO 1			

OBJETO DE CONTRATO

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL POR DAÑOS A TERCEROS IMPUTABLE AL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO.227 DE 2026, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS DE CONTROL DE PLAGAS (INSECTOS, VECTORES Y ROEDORES) A TODO COSTO, EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN (SEDE PRINCIPAL, SEDE DE CONSULTA EXTERNA, SEDE DE CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS, SEDE ADMINISTRATIVA, CASA ADMINISTRATIVA Y ARCHIVO CENTRAL). - ASEGURADO ADICIONAL: SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN COMO ASEGURADO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO SE LIMITE A LAS INDEMNIZACIONES QUE SE VEA OBLIGADO A PAGAR EN FAVOR DE TERCEROS POR LOS DAÑOS CAUSADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL CONTRATISTA FUMI ESPRAY SAS, EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN BENEFICIARIO ADICIONAL: ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN COMO BENEFICIARIO SI, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE SER CONSIDERADO COMO UN TERCERO. EN ESTE SENTIDO, SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL

NOMBRE DEL AMPARO	LIMITE POR EVENTO	LIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2768892.00	2768892.00	2.768.892,00	25.000,00
PATRONAL	2768892.00	2768892.00	2.768.892,00	0,00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	2768892.00	2768892.00	2.768.892,00	0,00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	2768892.00	2768892.00	2.768.892,00	0,00

HOSPITAL DPTAL. SAN VICENTE DE PAUL

Aprobación de Garantías

TOTAL ASEGURADO

\$ 2.768.892,00

INTERMEDIARIOS		FECHA: 07/05/2026
SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA LTDA.		TIPO PARTICIPACIÓN
AGENCIAS		100,00
		Firma

PRIMA BRUTA	\$	25.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	25.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	\$	35.700,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 06/05/2026

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 ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE 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

Firma del Tomador

TOMADOR



Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



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

MOLLA No.

No. PÓLIZA	CHU-100014819	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533150568	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	06/05/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	30/04/2026	24:00 Horas Del	30/06/2027	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

LA PRESENTE POLIZA CUENTA CON LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS POR DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE. COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES. COBERTURA EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD SURGIDA POR ACTOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, SALVO QUE EL SUBCONTRATISTA TENGA SU PROPIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL, CON LOS MISMOS AMPAROS AQUÍ REQUERIDOS, COBERTURA EXPRESA DE AMPARO PATRONAL, COBERTURA EXPRESA DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. CADA AMPARO CON UN VALOR DE 10% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO

DEDUCIBLES:
AMPARO
DEDUCIBLES

AMPARO BASICO - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV
PATRONAL	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV

"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 solicitar la exclusión de alguno de estos canales por medio de:

Página web: www.seguros-mundial.com.co

Correo electrónico: mundial@seguros-mundial.com.co

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

Detalle del pago

Transaction ID:

715968af-5045-4a3b-b1bc-368c39049ba6

Creado: 5/7/26, 3:08 PM | Actualizado: 5/7/26, 3:11 PM

País: CO

Estado: APPROVED

Subestado: SYNC

Cliente: FUMI ESPRAY SAS FUMI ESPRAY SAS

Descripción : Boleta de Pago No. : 20260100212868
Polizas: 100079023-0

Correo:

Valor venta

\$35,700.00

Descargar

Cerrar

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

533150568

Fecha de Facturación

06/05/2026

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL

Póliza No.

CHU-100014819

Período Facturado

30/04/2026

30/06/2027

Fecha Límite de Pago

05/06/2026

Prima (incluye gastos de expedición)

30.000,00

IVA

5.700,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

35.700,00

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

FUMI ESPRAY SAS

DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51

900654916

Intermediario

SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA

Cheque

Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Apreciado Cliente:

- No se aceptan pagos parciales.
- Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) ÚNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
- Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la cartula de esta (artículo 1068 código de comercio).
- Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDITO CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7, al respaldo en él debe constar el nombre y los datos del girador (nombre, Nit, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.
- Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

533150568

Fecha de Facturación

06/05/2026

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL

Póliza No.

CHU-100014819

Período Facturado

30/04/2026

30/06/2027

Fecha Límite de Pago

05/06/2026

Prima (incluye gastos de expedición)

30.000,00

IVA

5.700,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

35.700,00

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

FUMI ESPRAY SAS

DIAGONAL 84 A NO. 85 B - 51

900654916

Intermediario

SALAZAR FLOREZ & COMPAÑIA

Cheque

Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Corresponsales
OPCIÓN 1



(415)7709998434219(8020)00000533150568(3900)00000035700(96)20260605

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2



(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990533150568(3900)00000035700(96)20260605

 4	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. 227 de 2026

NOMBRE O RAZON SOCIAL	FUMI ESPRAY S.A.S.	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 227 DE 2026	
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE CONTROL DE PLAGAS (INSECTOS, VECTORES Y ROEDORES) A TODO COSTO, EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN (SEDE PRINCIPAL, SEDE DE CONSULTA EXTERNA, SEDE CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS, SEDE AMINISTRATIVA, CASA ADMINISTRATIVA Y ARCHIVO CENTRAL).		
VALOR INICIAL:	\$27.688.920 M/CTE IVA INCLUIDO.		
TIEMPO 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
\$2.768.892	30/04/2026	5/07/2026	SI
AMPARO: PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES			
SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$2.768.892	3/04/2025	5/01/2030	SI
AMPARO: CALIDAD DEL SERVICIO			
SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$8.306.676	3/04/2025	5/01/2028	SI
AMPARO: CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES			
SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
AMPARO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$2.768.892	3/04/2025	30/06/2027	SI
No. PÓLIZA	ASEGURADORA	FECHA EXPEDICIÓN PÓLIZA	SUPERVISIÓN
CHU-100078963 ANEXO:0 CHU-100014819 ANEXO:0	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	6/05/2026	PROFESIONAL UNIVERSITARIA 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.

7 de mayo 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 800.103.813-4

Recibo de recaudo No: 4102600016073

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

No. Documento: 9006549162

Nombre:
FUMI ESPRAY SAS

→ TRÁMITE
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (C/29)

VALOR BASE	27.688.920
VALOR TOTAL CONTRATO	27.688.920
VALOR ORDEN DE PAGO	27.688.920
FECHA CONTRATO	30/04/2026
NRO. CONTRATO	227
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCION

PRO DE SARROJILLO	\$554.000
PRO CULTURA	\$416.000
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	\$5.800

Total a pagar \$974.800

Con destino a:
San Vicente Paul

→ Fecha expedición: 2026/05/06

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



SOPORTE TRÁMITE

Forma de impresión: 06/05/2026 11:39:03