

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5608683404

PÓLIZA No: 560-47-994000201457 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGENCIA: 560 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
31 07 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
31 07 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **FLEMING BIOMEDICA S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **830.130.882-8**

DIRECCIÓN: **CALLE 7 CEN 5 CEN 57 OF 504 505 BARRIO EL CENTRO** CIUDAD: **NEIVA, HUILA**

TELÉFONO: **8715629**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.026-5**

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.026-5**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE SUMINISTROS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA
29/07/2026 08/07/2027
29/07/2026 08/01/2028

SUMA ASEGURADA
60,000,000.00
180,000,000.00

CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL BIEN

BENEFICIARIOS
NIT **891180026 - E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE PÓLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 339 DE 2026, DE FECHA 29/07/2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA ENTIDAD, PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS QUE POSEE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE PAUL DE GARZON HUILA, EN CALIDAD DE COMODATO, EN VIRTUD DE CONTRATO DE COMODATO No. 020 DE 2026 SUSCRITO CON FLEMING BIOMEDICA S.A.S.

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Aprobación de Garantías

Fecha: **31 VII / 2026**

Firma

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****240,000,000.00**

VALOR PRIMA:
\$ *******570,477**

GASTOS EXPEDICIÓN:
\$ *****11,000.00**

NVA:
\$ *******110,481**

TOTAL A PAGAR:
\$ *******691,957**

NOMBRE INTERMEDIARIO CLAVE %PART
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA 8915 100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO %PART VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGIOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTION@CARTEA@ASEGURADORA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTION@COMERCIAL@ASEGURADORA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INFORMAR AL: https://www.aseguradora.com.co/ver_detalle_cliente?login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN, DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000560868340

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CBDE20700907FF7A5F

CLIENTE

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

5608683404

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

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: NEIVA	VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:	DIA 31	MES 07	AÑO 2026
AG. RAM. POL.: 560 _47 _994000201457	\$ 691,957.00	FECHA DE IMPRESIÓN		
NOMBRE: FLEMING BIOMEDICA S A S	IDENTIFICACIÓN: NIT	830.130.882-8		
FORMA DE PAGO	CHEQUE ☐	EFFECTIVO ☐	VALOR PAGADO	
COD. BANCO	No. CHEQUE	\$		



(415)7701861000019(8020)00000000007000560868340

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO	* CORRESPONSALES DE RECAUDO (SOLO PAGO EN EFECTIVO)	MONTO MÁXIMO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta de Ahorros / Corriente - TC	1) GRUPO ÉXITO	\$9.999.999
BANCOS	Banco de Bogotá Banco de Occidente	Efectivo ó Cheque	2) SUPERGIROS	\$5.000.000
			3) PUNTO DE PAGO	\$4.000.000
			4) FULLCARGA	\$3.000.000
			5) PUNTORED	\$ 800.000
			6) EFECTY	\$ 500.000
			7) COOPENESSA	\$ 500.000

IMPORTANTE

-Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.

-Para pagos por medio de línea telefónica o por Internet (PSE), se requiere del número electrónico para pagos.

-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, o la Línea Solidaria marcando al 3232641770 desde cualquier lugar del país.

Defensor del Consumidor Financiero - Principales: Juan Sebastián Portilla Portilla
Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - Teléfonos: (601) 213 13 70 - 213 13 22
Celular: 321 924 04 79 - 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgebogoda.com
Horario: Lunes a jueves de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. - Viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<http://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero>

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

5608683404

NOMBRE: FLEMING BIOMEDICA S A S	IDENTIFICACIÓN: NIT	830.130.882-8	DIA 31	MES 07	AÑO 2026
			FECHA DE IMPRESIÓN		
FORMA DE PAGO	CHEQUE ☐	EFFECTIVO ☐	VALOR PAGADO		
COD. BANCO	No. CHEQUE	\$			



(415)7701861000019(8020)00000000007000560868340

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

- Banco -



CALLE 26 # 8A - 49 SANTA LUCIA Tel: 8715734 Cel:3138081503-3156002791

comercial@jyjseguros.com - jyjseguros@hotmail.com -www.jyjseguros.com

SOAT - CUMPLIMIENTO - AUTOS - RC - VIDA - INCENDIO - HOGAR

RECIBO DE CAJA No. 35026063348			AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	
DIA	MES	AÑO	Nit.900.763.125-0	
31	JUL	2026		
Nombre:		FLEMING BIOMEDICA SAS		
No. Identificacion:		830.130.882-8		
SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO			PRIMA	GASTOS
PAGO POLIZA DE RCE CONTRATO No. 560-47-994000201457-0			\$ 570.477	\$ 11.000
FORMA DE PAGO: CREDITO			TOTAL	\$ 691.958

909
1/

	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 Suministro No.339 de 2026.

NOMBRE O RAZON SOCIAL	FLEMING BIOMEDICA S.A.S	CONTRATO DE SUMINISTRO No. 339 DE 2026
OBJETO:	SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA ENTIDAD, PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS QUE POSEE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE PAÚL DE GARZÓN HUILA, EN CALIDAD DE COMODATO, EN VIRTUD DE CONTRATO DE COMODATO N° 020 DE 2026 SUSCRITO CON FLEMING BIOMEDICA S.A.S.	
VALOR	\$600.000.000	
TÉRMINO DE EJECUCIÓN	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026.	

AMPARO: CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$60,000,000.00	29/07/2026	8/07/2027	SI

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

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE

AMPARO: CALIDAD DEL SERVICIO

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE

AMPARO: CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
\$ 180,000,000.00	29/07/2026	8/01/2028	SI

AMPARO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SUMA ASEGURADA	DESDE	HASTA	CUMPLE
No. PÓLIZA	ASEGURADORA	FECHA EXPEDICIÓN PÓLIZA	SUPERVISIÓN
560-47-994000201457 ANEXO:0	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	31/07/2026	SUBDIRECTOR CIENTIFICO

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.

31 de julio de 2026

Sofia Rivera C.

LAURA SOFIA RIVERA CASTRO

Profesional de apoyo oficina de contratación



Gobernación
del Huila

Recibo oficial de pago de rentas varias

RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2026/08/03

Fecha Límite de Pago 2026/12/30

Recibo N° 4102600028276

Trámite

CONTRATOS DE SUMINISTROS (COMPRAS) -EXCEPCIÓN 41

Contrato con gaceta ord. 004 de febrero del 2021	\$ 315.000
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 5.800
PRO DESARROLLO	\$ 10.084.000
PRO DESARROLLO UNIVERSIDAD SURCOLOMBIAN/	\$ 2.521.000
PRO CULTURA	\$ 7.563.000



Total a Pagar

\$ 20.488.800

Con destino a: San Vicente Paul

Contribuyente

Tipo de Doc. NIT

Número 8301308828

Nombre FLEMING BIOMEDICA SAS DIANA XIMENA HERRERA LUCUARA

Teléfono



(415)7709998017207(8020)04102600028276(3900)00000020488800(96)20261230

VALOR BASE	\$ 504.201.681
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 695.798.319
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 600.000.000
FECHA CONTRATO	29/07/2026
NRO. CONTRATO	339
NUMERO ORDEN DE PAGO	1



Gobernación
del Huila

Recibo oficial de pago de rentas varias

Recibo N° 4102600028276

Fecha de Expedición 2026/08/03

Fecha Límite de Pago 2026/12/30

Trámite

CONTRATOS DE SUMINISTROS (COMPRAS) -EXCEPCIÓN 41

Contrato con gaceta ord. 004 de febrero del 2021	\$ 315.000
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 5.800
PRO DESARROLLO	\$ 10.084.000
PRO DESARROLLO UNIVERSIDAD SURCOLOMBIAN/	\$ 2.521.000
PRO CULTURA	\$ 7.563.000



Total a Pagar

\$ 20.488.800

Con destino a: San Vicente Paul

Contribuyente

Tipo de Doc. NIT

Número 8301308828

Nombre FLEMING BIOMEDICA SAS DIANA XIMENA HERRERA LUCUARA

Teléfono



(415)7709998017207(8020)04102600028276(3900)00000020488800(96)20261230

VALOR BASE	\$ 504.201.681
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 695.798.319
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 600.000.000
FECHA CONTRATO	29/07/2026
NRO. CONTRATO	339
NUMERO ORDEN DE PAGO	1



Gobernación
del Huila

Recibo oficial de pago de rentas varias

Recibo N° 4102600028276

Fecha de Expedición 2026/08/03

Fecha Límite de Pago 2026/12/30

Trámite

CONTRATOS DE SUMINISTROS (COMPRAS) -EXCEPCIÓN 41

Contrato con gaceta ord. 004 de febrero del 2021	\$ 315.000
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 5.800
PRO DESARROLLO	\$ 10.084.000
PRO DESARROLLO UNIVERSIDAD SURCOLOMBIAN/	\$ 2.521.000
PRO CULTURA	\$ 7.563.000



Total a Pagar

\$ 20.488.800

Con destino a: San Vicente Paul

Contribuyente

Tipo de Doc. NIT

Número 8301308828

Nombre FLEMING BIOMEDICA SAS DIANA XIMENA HERRERA LUCUARA

Teléfono



(415)7709998017207(8020)04102600028276(3900)00000020488800(96)20261230

VALOR BASE	\$ 504.201.681
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 695.798.319
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 600.000.000
FECHA CONTRATO	29/07/2026
NRO. CONTRATO	339
NUMERO ORDEN DE PAGO	1



Sucursal Virtual Negocios
Pago PSE

4 Ago 2026 06:25

NIT 830130882

Usuario: DIANA XIMENA HERRERA LUCUARA



Pago exitoso
CUS 539609436

Comercio
Departamento del Huila

Referencia 1
16287068

Fecha
4 Ago 2026 06:25

Referencia 2
NIT

Número de factura
16287068

Referencia 3
8001039134

Descripción del pago
Otros

Valor del Pago
\$20.488.800

Número de comprobante
TR260804112523250N02

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Producto
****** 1093**