HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO ACEPTACION DE POLIZA	VERSION 2	CODIGO FR-CON-24	Aprobado 02/05/2019
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
				DOCUMENTO CONTROLADO

ACEPTACIÓN DE GARANTÍA

TIPO DE CONTRATO	CONSULTORIA
No. CONTRATO	**349 -2026**
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA C.C.:	**ORIANA GOMEZ ASTUDILLO** **C.C. N.º 40.401.419 de Villavicencio - Meta**
OBJETO:	"CONSULTORIA PARA REALIZAR EL INVENTARIO FÍSICO DE LOS BIENES MUEBLES, CON EL FIN DE ADELANTAR EL PROCESO DE SUBASTA PUBLICA DE LOS BIENES OBJETO DE BAJA DEL HOSPITAL DE SAN MARTIN".
VALOR:	DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000) M/CTE
PLAZO:	UN (01) MES
POLIZA Nº	CV- 30-44-101072473
COMPAÑIA DE SEGUROS	SEGUROS DEL ESTADO
NIT	860.009.578-6

PÓLIZA SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

AMPAROS	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
Cumplimiento	01/10/2026 – 01/03/2027	$1.500.000,00
Calidad y correcto funcionamiento	01/10/2026 – 01/03/2027	$3.000.000,00

FECHA DE APROBACIÓN: 02/10/2026

Por estar de acuerdo con la cláusula del contrato y en concordancia con lo estipulado en el artículo 7 de la ley 1150 de 2007 y en el Manual de Contratación del Hospital Local de San Martín, se ACEPTA la garantía descrita en la referencia.

CAYETANO PAEZ SAAVEDRA
Gerente

Reviso: Dr. Cristian Felipe Suarez Aguilar - Subgerente	*Aprobó: Dr. Cayetano Páez Saavedra - Gerente*	*Digito: Claudia Liliana Barreto Vega Profesional CPS N° 177 de 2026*

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	30	30-44-101072473	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
02	10	2026	01	10	2026	00:00	01	11	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	GOMEZ ASTUDILLO, ORIANA		CC: 40.401.419
DIRECCIÓN: CR 59 NRO. 44 - 100 CONJ TEJERAS DEL NORTE RONDINE	CIUDAD: VILLAVICENCIO, META	TELÉFONO:	3182384466

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS		NIT: 892.000.458-6
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 7 34 San Martin Meta	CIUDAD: SAN MARTIN, META	TELÉFONO	488333

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARRROLLO DEL CONTRATO DE COSULTORIA NO. 349 DE 2026 CUYO OBJETO ES CONSULTORIA PARA REALIZAR EL INVENTARIO FISICO DE LOS BIENES MUEBLES, CON EL FIN DE ADELANTAR EL PROCESO DE SUBASTA PUBLICA DE LOS BIENES OBJETO DE BAJA DEL HOSPITAL DE SAN MARTIN.

AMPAROS

RIESGO: CONSULTORIA

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/10/2026	01/03/2027	$1,500,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/10/2026	01/11/2027	$3,000,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******30,000.00	$ *******8,000.00	$ *******7,220.00	$ **********45,220.00	$ ********4,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SEGUROS LA VICTORIA LTDA	184562	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 PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

30-44-101072473

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	30	30-44-101072473	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
02	10	2026	01	10	2026	00:00	01	11	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	GOMEZ ASTUDILLO, ORIANA		CC: 40.401.419
DIRECCIÓN: CR 59 NRO. 44 - 100 CONJ TEJERAS DEL NORTE RONDINE	CIUDAD: VILLAVICENCIO, META	TELÉFONO:	3182384466

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS		NIT: 892.000.458-6
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 7 34 San Martín Meta	CIUDAD: SAN MARTIN, META	TELÉFONO	488333

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información



VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******30,000.00	$ *******8,000.00	$ *******7,220.00	$ **********45,220.00	$ ********4,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
SEGUROS LA VICTORIA LTDA	184562	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 PÓLIZA, 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 38 NO. 33 - 45/49 - TELEFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100610463261 3(3900)000000045220(96)20271001

REFERENCIA PAGO: 1100610463261-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 67438207

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	02/10/2026	184562	SEGUROS LA VICTORIA LTDA

Tomador: ORIANA GOMEZ ASTUDILLO — **NIT/CC** 40401419

Suma de: CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.******

Pagador: ORIANA GOMEZ ASTUDILLO — **NIT/CC** 40401419

Por concepto de: APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #1774346489

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
30-VILLAVICENCIO-44-CU. ENTIDAD.EST.-101072473-0-1	$30.000,00	$8.000,00	$7.220,00	$0,00	$45.220,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$45.220,00

Forma de pago

Ahorro: $0,00

Corriente: $0,00
Tarjeta: $0,00
Otro: $0,00
Total: **$45.220,00**
Cajero: PAGUESTADO

Transacción: 18477027