ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO HUILA

CALLE 5 NRO. 1-31 - Tel:8322005
Nit. 891180147-8

COMPROBANTE EGRESO No.13843
Fecha: 15/10/2026

Tercero

NI 901340630-7 **AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL**
Dirección: CRA4 NO.4-31 Teléfono: 8351209

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO BBVA **Cuenta :** 385005174

Concepto

VALOR CORRESPONDIENTE A CTA X PAGAR No 4234 PIC DEPARTAMENTAL

Documento	Numero	Factura			Valor
		Documento	Numero	Fecha	
CUENTA POR PAGAR	4234	FCP	FVP931	08/10/2026	$18.691.500.00
					Total : $18.691.500.00

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
24255301	SERVICIOS	$18.700.000.00	
11100609	CTA AHORROS 385005174 PIC DPTAL		$18.691.500.00
24408501	OTROS IMPUESTOS MUNICIPALES		$8.500.00
	Total	**$18.700.000.00**	**$18.700.000.00**

SON

DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Aprobado por

Beneficiario

OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
GERENTE ordenador del gasto
26442206

Tesorería

RULFO CERQUERA ARDILA
APOYO ADMINISTRATIVO
83252133

BBVA

Información del fichero

Información del fichero

Referencia:	PAP 16102026	Tipo de Orden:	PAP
Archivo:	PIC DPTAL	Clave:	PAGOPROVEEDOR
Fecha de proceso:	16/10/2026	N. Identificación:	0000000264422060
Tipo Identificación:	01 - Cédula de ciudadanía	Nombre:	OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
Cuenta a debitar:	AH - 00130385000200005174	Importe Total:	18.691.500,00
Referencia:	PAP 16102026	Ordenes:	1
Abono desde efectivo:	No		

BENEFICIARIO	IMPORTE (COP)	FORMA DE PAGO
AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRA	18.691.500,00	1 Abono/cargo cuenta

Tipo de identificación:	03 - NIT Persona Jurídica	N. identificación:	0000009013406307
Nombre:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRA	E-mail:	
Dirección 1:	PITALITO	Dirección 2:	
Banco:	7 - BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta	02-Cuenta Ahorro
Cuenta o Tarjeta:	45300000653	Código Oficina Pagadora:	N/A
Fecha Limite de Vencimiento:	N/A	Celular	N/A
Concepto 1:	CTA X PAGAR No 4234 PIC DPTAL	Concepto 2:	

BBVA

Información de la orden de pago

- **Modo de creación:** Manual
- **Emisor:** OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
- **Clave de emisor:** PAGOPROVEEDOR
- **Nombre del Fichero:** PIC DPTAL

- **Fecha del proceso:** 16-10-2026
- **Referencia:** PAP 16102026
- **Número de órdenes:** 1
- **Importe total:** $18.691.500,00 COP

PROCESO	NOMBRE FICHERO	ÓRDENES	TIPO FICHERO	IMPORTE (COP)	ESTADO ACTUAL
16-10-2026	PIC DPTAL	1	Pago a Proveedores	18.691.500,00	Firmado/Enviado

56 → 547
OP → 549

ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO
HUILA
CALLE 5 NRO. 1-31 - Tel:8322005
Nit. 891180147-8

CUENTA POR PAGAR
No.4234
Fecha: 14/10/2026

Tercero

NI 901340630-7 AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL
Dirección: CRA4 NO.4-31 **Teléfono:** 8351209
Documento Presupuestal: COM - 293 **Documento Externo:** FVP931 **Fecha Doc Externo:** 08/10/2026 **Fecha De Venc:** 07/11/2026

Descripción

PRESTAR DEL 7 AL 30 SEPTIEMBRE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC DEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO Y EL

Centro de Costos		Valor
000007	PROMOCION Y PREVENCION	$18.700.000.00

Subtotal:	**$18.700.000.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$18.700.000.00**

Son

DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
73130301	SUELDOS Y SALARIOS	$18.700.000.00	
24408501	OTROS IMPUESTOS MPALES RETEICA		$8.500.00
24255301	SERVICIOS		$18.691.500.00
	Total	**$18.700.000.00**	**$18.700.000.00**

Aprobado por

RECIBÍ CONFORME
No. DOCUMENTO

OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
GERENTE ordenador del gasto
26442206

Tesorería

RULRO CERQUERA ARDILA
APOYO ADMINISTRATIVO
83252133

CARMEN ALICIA DURAN VEGA
funcionarios
CC No: 52359136

Impreso por software SIHOS WEB

PIC DPTAL

E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO
EL AGRADO HUILA
NIT: 891.180.147-8

LISTA DE CHEQUEO PARA CUENTAS DE COBRO EN LOS DISTINTOS PROCESOS CONTRACTUALES

ITEM	DOCUMENTO REQUERIDO		INTERMEDIO	FINAL	UNICO PAGO
1	CUENTA DE COBRO/ FACTURA ORIGINAL	X	X	X	X
2	COPIA DEL CONTRATO	X			X
3	COPIA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	X			X
4	COPIA DE POLIZAS (SI APLICA)	X			X
5	COPIA DEL PAGO DE ESTAMPILLAS (SI APLICA)	X			X
6	COPIA DEL ACTA DE INICIO	X			X
7	ACTA PARCIAL (ORIGINAL) Y/O FINAL	X	X	X	X
8	ACTA DE TERMINACIÓN Y/O RECIBO FINAL (SI APLICA) TERMINACIÓN BILAT O UNILATE			X	X
9	ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)			X	X
10	FOTOCOPIA DEL RUT PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA	X			X
11	REGISTRO DE DECLARACION JURAMENTADA PARA REDUCCION DE RETENCIONES (SI APLICA)	X	x	x	X
12	COPIA DE CERTIFICACION BANCARIA DEL BENEFICIARIO PARA EL PAGO	X	X	X	X
13	COPIA DE LA PLANILLA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CON RECIBO DE PAGO O CONSTANCIA DE PAGO	X	X	X	X
14	INFORME DEL SUPERVISOR (ORIGINAL)	X	X	X	X
15	INFORME DEL CONTRATISTA CON SUS ANEXOS (ORIGINAL)	X	X	X	X
16	FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DE LA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PARA PERSONA JURÍDICA	X			X
17	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL SI ES PERSONA JURIDICA O SI ES PERSONA NATURAL CON ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	X	X	X	X
18	FLUJO DE PAGOS - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	X		X	X

ANEXOS SI SE PRESENTAN OTROS SI MODIFICATORIOS DEL VALOR DEL CONTRATO

ITEM	DOCUMENTO - REQUISITO	EN LA PRESENTACION DE LA SIGUIENTE CUENTA DE COBRO
19	JUSTIFICACION ADICION	X
20	ACTA DE OTRO SI MODIFICATORIO	X
21	REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	X
22	POLIZAS A LAS QUE HAYA LUGAR	X
23	PAGO DE ESTAMPILLAS Y/O TASAS (SI APLICA)	X

NOTA: Cuando se haga una modificacion contractual con respecto al Valor del contrato además de los establecidos hasta el item 18 el Contratista debe presentar para tal efecto los relacionados dentro de los item 19 al 23

CUENTA DE COBRO No. 001

LA ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA
NIT 891.180.147-8

DEBE A:

AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL
NIT. 901340630-7

EL VALOR DE: $ 18.700.000

VALOR EN LETRAS: DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIAL PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DEL 30 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

PITALITO, 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026

SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ
CC. 36.286.098
Email: agremiacioncalidadintegral2019@gmail.com
Celular: 3124889422

Calidad Integral

Factura Electrónica De Venta No

FVP No. 931

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764103838710 que habilita desde FVP 866 hasta FVP 1100. Vence 2026-12-24

AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Nit 901340630

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 9420 0.00 X 1000

CLIENTE	E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO		
NIT	891180147 8		
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
Calle 5 1 31	Agrado	8322225	

POR CONCEPTO DE
SERVICIOS PRESTADOS PIC DEPARTAMENTAL

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
08/10/2026	08/10/2026	NIDIA BERMEO ANTURY	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	0001	SERVICIO PRESTADO MEDIANTE PROCESOS Y SUBPROCESOS	1	Und.	17.000.000	0%	0	17.000.000
2	003	INGRESO POR ADMINISTRACION ASISENCIAL	1	Und.	1.700.000	0%	0	1.700.000

Total líneas o ítems: 2

SUBTOTAL	**18.700.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**18.700.000**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**18.700.000**

Valor en Letras

DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 08/10/2026 11:53:32
Medios de Pago: Acuerdo mutuo

CR 4 4 31 OF 301 Teléfono 8351209
Correo Electrónico agremiacioncalidadintegral2019@ gmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 296c8bb984712b679bd956b7ecc773a9668e88c8007fe81b23e43b62fc1b72b5b6a9d9d4a100f1637eafa10685157d66 --Fecha y Hora de Expedición : 08/10/2026 11:54:48 a. m.

ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO HUILA
Nit. 891180147-8
CALLE 5 NRO. 1-31 - Tel:8322005

REGISTRO PRESUPUESTAL
No. 293
07/09/2026

Tercero: AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL NI 901340630-7
Referencia Presupuestal:
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **No.** CDP-292
Referencia Externa: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS **No.** 095
Solicita: DIANA JIMENA VALDERRAMA .

Concepto : PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC DEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICO No. 095-2026. (REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS (24255301))

Rubro	Descripción	Valor
2	Gastos	
24	Gastos de operacion comercial	
245	Gastos de comercializacion y produccion	
24502	Adquisicion de servicios	
2450209	Servicios para la comunidad, sociales y personales Clasificación Central del Producto: 95110 Fuente Financiación: 1.2.1.0.00 Vigencia: Vigencia Actual	$74.800.000.00
	TOTAL:	**$74.800.000.00**

SON
SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

Tipo de Documento: Registro Presupuestal de Compromiso
Fecha de Saldo:
Saldo: 0.00

El presente certificado se expide a solicitud del(la) Dr(a) OLGA MARITZA SUAREZ CORTES

Expedido en el municipio de AGRADO, a los 07 dias del mes de Septiembre de 2026 para efectos del control presupuestal.

Aprobado por

OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
GERENTE ordenador del gasto
26442206

Presupuesto y Contratación

DIANA JIMENA VALDERRAMA VALDERRAMA
Jefe de presupuesto
1079388728

SEGUROS DEL ESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 67393163

Expedido en	Sucursal	Codigo Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	08/09/2026	205033	LHM SEGUROS LTDA.

		NIT/CC
Tomador:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	901340630
Suma de:	QUINIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE.******	
		NIT/CC
Pagador:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD I	901340630
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #1770275517	

Suc-Ramo-Poliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
21-ANTIGUO COUNTRY-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101144840-0-1	$150.565,96	$8.000,00	$30.127,53	$0,00	$188.693,49
21-ANTIGUO COUNTRY-54-RCE CONTRATOS RAPIE-101021890-0-1	$278.226,00	$3.000,00	$53.432,94	$0,00	$334.658,94

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$523.352,00
APROVECHAMIENTOS	$-0,94
APROVECHAMIENTOS	$-0,49

Forma de pago

Ahorro: $0,00

Corriente:	$0,00
Tarjeta:	$0,00
Otro:	$0,00
Total:	**$523.351,00**
Cajero:	PAGUESTADO

Transacción: 18430016

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. [illegible]

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-46-101144840	0

FECHA EXPEDICIÓN: DÍA:	MES:	AÑO:	VIGENCIA DESDE: DÍA:	MES:	AÑO:	A LAS: HORAS:	VIGENCIA HASTA: DÍA:	MES:	AÑO:	A LAS: HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
07	09	2026	07	09	2026	00:00	01	01	2030	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :901,340,630-7
DIRECCIÓN:	CR 6 NRO. 21 SUR - 56	CIUDAD: PITALITO - HUILA	TELÉFONO: 3124889422

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :891,180,147-8
DIRECCIÓN:	CALLE 5 NO 1 31	CIUDAD: AGRADO - HUILA	TELÉFONO: 8322225
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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 095-2026 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓNPARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLANDE INTERVENCIONES COLECTIVAS PICDEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATOINTERADMINISTRATIVO NO. 1240 DE 2026 SUSCRITOENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIODE AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/09/2026	01/05/2027	$ 14,960,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	07/09/2026	01/05/2027	$ 7,480,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	07/09/2026	01/01/2030	$ 14,960,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 150,565.96	$ 8,000.00	$ 30,127.53	$ 188,693.49	$ 37,400,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
LHM SEGUROS LTDA.	205033	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101144840
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 08, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2[illegible]77, 601-[illegible]330 901380716

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101144840, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 7 días del mes de Septiembre de 2026

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Finanzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.21-46-101144840

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

[redacted] DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO [redacted] RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA [redacted] DEL SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENORÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO
RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD SUC	NO. PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-54-101021890	0

FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	TIPO MOVIMIENTO
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	HORAS	DÍA	MES	AÑO	HORAS	
07	09	2026	07	09	2026	00:00	01	01	2027	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	IDENTIFICACIÓN	NIT:901,340,630-7
DIRECCIÓN	CR 6 NRO. 21 SUR - 56	CIUDAD	PITALITO - HUILA
TELÉFONO	3124889422		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	IDENTIFICACIÓN	NIT:901,340,630-7
DIRECCIÓN	CR 6 NRO. 21 SUR - 56	CIUDAD	PITALITO - HUILA
TELEFONO	3124889422		
BENEFICIARIO	NIT- 891180147-8 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO Y / O TERCEROS AFECTADOS		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15/05/2020-1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D001 / E-RCE-001A, 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:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL TOMADOR/ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO. 095-2026 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓNPARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLANDE INTERVENCIONES COLECTIVAS PICDEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATOINTERADMINISTRATIVO NO. 1240 DE 2026 SUSCRITOENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIODE AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA / ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			
GASTOS MEDICOS	07/09/2026	01/01/2027	$ 350,181,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMLV			

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ 278,226.00	$ 3,000.00	$ 53,432.94	$ 334,658.94	$ 350,181,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART:	NOMBRE COMPAÑÍA	% DE PART:	VALOR ASEGURADO
LHM SEGUROS LTDA.	205033	100,00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 -

21-54-101021890
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA CONTRATISTAS DE ENTIDADES ESTATALES

RCE SEGURESTADO ESTATAL NO. 21-54-101021690

CLÁUSULA PRIMERA

1. AMPAROS

1.1 AMPARO BÁSICO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE PÓLIZA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIN EXCEDER DEL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA LUCRO CESANTE SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA) QUE LE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AFIANZADO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DE CARÁCTER ACCIDENTALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, QUE ORIGINEN LA MUERTE, LESIÓN O MENOSCABO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS Y/O EL DAÑO O LA DESTRUCCIÓN DE BIENES Y/O PERJUICIOS ECONÓMICOS, INCLUYENDO LUCRO CESANTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE TALES HECHOS.

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO (INCLUYENDO LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES A QUE SEA CONDENADO, MEDIANTE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, HASTA EL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA PERJUICIOS EXTRAPATRI-MONIALES ASUMA EL ASEGURADO, ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA).

LA VÍCTIMA TIENE ACCIÓN DIRECTA CONTRA SEGURESTADO. PARA ACREDITAR SU DERECHO ANTE ELLA, LA VÍCTIMA EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA PODRÁ EN UN SOLO PROCESO JUDICIAL, DEMOSTRAR TANTO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DEMANDAR LA INDEMNIZACIÓN DE SEGURESTADO, PERO ESTA ÚLTIMA PODRÁ OPONER A LA VÍCTIMA, TODAS LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

SEGURESTADO RECONOCERÁ, AL ASEGURADO, INCLUIDA EN LA SUMA ASEGURADA Y HASTA UN DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA MISMA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA, PARA DECLARARLO CIVILMENTE RESPONSABLE, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA.
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO JUDICIAL CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO.
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO.

ÉSTA SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS, EL AMPARO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE LIMITA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, EN LOS CUALES EL ASEGURADO EJECUTA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO DESCRITO EN ESTE CONTRATO DE SEGUROS.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO, INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ESTA COBERTURA INCLUYE TODOS LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE DEL RIESGO ASEGURADO Y QUE SON INHERENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO EN EL GIRO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXOS O CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN DE ELLA, TALES COMO:

A. POSESIÓN O USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMÁTICAS.

B. POSESIÓN O USO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE, DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

C. OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

D. POSESIÓN O USO DE AVISOS Y VALLAS PUBLICITARIAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

E. POSESIÓN O USO DE INSTALACIONES SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVAS Y LOS EVENTOS QUE EL ASEGURADO, REALICE EN ELLAS.

F. REALIZACIÓN DE EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

G. VIAJES DE FUNCIONARIOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

H. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.

I. VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DONDE SE DESARROLLE EL OBJETO CON-TRACTUAL AFIANZADO, EJERCIDA POR PERSONAL DE VIGILANCIA EMPLEADO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL USO DE ARMAS Y DE PERROS GUARDIANES, PARA TALES PROPÓSITOS.

J. POSESIÓN O USO DE DEPÓSITOS, TANQUES Y TUBERÍAS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLA EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.

K. ACTUACIONES DE LOS DIRECTIVOS, Y EMPLEADOS DEL ASEGURADO EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y DENTRO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.

L. POSESIÓN O USO DE CAFETERÍAS, CASINOS Y RESTAURANTES PARA UTILIZACIÓN DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO, QUE SE CONTRATEN PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.

M. INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN PRODUCIDOS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE EJECUTA Y DESARROLLA EL CONTRATO AFIANZADO.

USUFRUCTO O COMODATO, PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.
ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE SE PACTE EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE OBLIGATORIAMENTE TIENE QUE TENER CONTRATADA EL ASEGURADO, AMPARANDO EL(LOS) VEHÍCULO(S) OBJETO DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

CLÁUSULA SEGUNDA

2. EXCLUSIONES

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA NO OPERAN, CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1 EXCLUSIONES GENERALES

2.1.1 LOS DAÑOS CAUSADOS VOLUNTARIA E INTEN-CIONALMENTE POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD, O POR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN VINCULADAS CON ÉL, POR UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON LA COMPLICIDAD DE LAS MISMAS O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

2.1.2 LOS PERJUICIOS QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU PERSONA O EN LOS BIENES DE SU PROPIEDAD O SOBRE LOS QUE EJERZA POSESIÓN O CUSTODIA EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE CUBREN TAMPOCO, LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS SOCIOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES LEGALES Y EMPLEADOS DE LA MISMA, EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
IGILADO

2.1.3 LOS PERJUICIOS CAUSADOS AL CÓNYUGE DIVORCIADO O NO, DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE O A PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

2.1.4 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO, LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES. SUS TRABAJADORES Y/O CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O SUS APODERADOS GENERALES, CUANDO ELLOS, NO SE ENCUENTREN EJERCIENDO NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.

2.1.5 LAS OPERACIONES O LOS PRODUCTOS, EN LOS QUE SE EMPLEEN MATERIALES NUCLEARES O RADIOACTIVOS, ASBESTO EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, POLVO QUE CONTENGA FIBRAS DE AMIANTO, VACUNAS Y SUSTANCIAS TALES COMO DIETILESTILBESTROL, OXIQUINOLINA, Y FORMALDEHÍDO.

2.1.6 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, A RAÍZ DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE, DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

2.1.7 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, RESPECTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN GENERAL, DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

2.1.8 LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.1.9 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR DESLIZAMIENTOS DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALESQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA.

2.1.10 LOS PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA DECLARADA O NO, ACTOS TERRORISTAS, SUBVERSIVOS O GUERRILLEROS, MOTINES, HUELGAS O CUALQUIER ACTO QUE PERTURBE LA PAZ Y EL ORDEN PÚBLICO.

2.1.11 LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO, POR SU CULPA GRAVE CUANDO ÉSTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE AMPARARÁN LOS PERJUICIOS QUE CAUSEN SUS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, TRABAJADORES Y PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APODERADOS GENERALES POR SU CULPA GRAVE.

2.1.12 LA CONTAMINACIÓN Y/O POLUCIÓN GRADUAL O PAULATINA DE CUALQUIER ÍNDOLE, LA POLUCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

2.1.13 LAS OPERACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA Y CANADÁ, ASÍ COMO LA ATENCIÓN Y/O EL RESULTADO DE DEMANDAS EN DICHOS PAÍSES.

2.1.14 LOS PERJUICIOS QUE SE ORIGINEN POR LA APLICACIÓN DE DISPOSICIONES Y ÓRDENES DE AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA O POR ASUNTOS INVESTIGATIVOS DE CARÁCTER PENAL.

2.1.15 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR VEHÍCULOS, AERONAVES O EMBARCACIONES.

2.1.16 LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTOS Y/O AMIANTO O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN DICHAS MATERIAS.

2.1.17 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

2.1.18 LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN ENTRE SI, LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, QUE SEAN CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS DEL ASEGURADO.

2.1.19 LOS PERJUICIOS A CAUSA DE DAÑOS O LESIONES PERSONALES OCASIONADOS POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL CONTRATISTA ASEGURADO, O BIEN POR LOS TRABAJOS EJECUTADOS O POR SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS Y LESIONES SE PRODUJEREN DESPUÉS DE LA ENTREGA A LA QUE SE ENCUENTRA OBLIGADO EL ASEGURADO, POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

2.1.20 EL EJERCICIO DE LA POSESIÓN Y USO DE PARQUEADEROS.

2.1.21 LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL, REPENTINA E IMPREVISTA U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMÓSFERA, SUELOS, SUBSUELOS, O BIEN POR RUIDOS.

2.1.22 LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE HECHOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO.

2.1.23 LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS, LEYES O DISPOSICIONES OFICIALES DE TAL NATURALEZA.

2.1.24 LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR LA FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, CARGUE Y DESCARGUE, ASÍ COMO POR LA UTILIZACIÓN DE EXPLOSIVOS Y COMBUSTIBLES.

2.1.25 LOS PERJUICIOS POR DAÑOS MATERIALES O LESIONES PERSONALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR REACCIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

2.1.26 LOS PERJUICIOS PROVENIENTES DE CIMENTACIÓN Y ANCLAJES (INCLUIDO EL DEBILITAMIENTO DE CIMIENTOS Y BASES), ASENTAMIENTOS, VIBRACIÓN O VARIACIÓN DEL NIVEL DEL SUELO Y VARIACIONES DEL NIVEL DE AGUAS SUBTERRÁNEAS.

2.1.27 LOS PERJUICIOS QUE SURJAN DE UNA ERRADA PRÁCTICA PROFESIONAL Y QUE ORIGINEN UNA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.1.28 LOS DAÑOS CAUSADOS A CONDUCCIONES SUBTERRÁNEAS DE CUALQUIER CLASE.

2.1.29 LOS DAÑOS CAUSADOS A PROPIEDADES ADYACENTES O ESTRUCTURAS EXISTENTES.

2.1.30 LOS PERJUICIOS POR DETERIOROS O DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS EN PODER DEL ASEGURADO BAJO SU CUIDADO, CONTROL, DEPÓSITO, VIGILANCIA O CUSTODIA, COMODATO, PRÉSTAMO, CONSIGNACIÓN O EN COMISIÓN O SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO REALICE UNA ACTIVIDAD INDUSTRIAL O PROFESIONAL (MANIPULACIÓN, TRANSFORMACIÓN, REPARACIÓN, TRANSPORTE, EXAMEN Y SIMILARES).

2.2 EXCLUSIONES PARTICULARES

2.2.1 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO EL AMPARO CITADO, NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.1.1 DAÑOS A PROPIEDADES SOBRE LAS CUALES SE ENCUENTREN O HAYAN LABORADO LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.2 DAÑOS CAUSADOS A LA PERSONA O A LOS BIENES DE LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.3 ESTA COBERTURA TAMPOCO SE EXTIENDE A CUBRIR RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ENTRE LOS
CONTRATISTAS O ENTRE ESTOS Y LOS SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

2.2.2 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
IGILADO

2.2.2.1 ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDÉMICAS O EPIDÉMICAS, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL.

2.2.2.2 ACCIDENTES DE TRABAJO QUE HAYAN SIDO PROVOCADOS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL EMPLEADO.

2.2.3 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS:

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.3.1 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR EN LABORES DE SERVICIO PÚBLICO.

2.2.3.2 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR DE PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES DEL CONTRATISTA ASEGURADO.

2.3.3.3 LAS PÉRDIDAS O DAÑOS A LOS VEHÍCULOS AUTOMOTORES MATERIA DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO A SUS ACCESORIOS Y A LOS BIENES TRANSPORTADOS EN TALES VEHÍCULOS, INCLUYENDO LAS OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE LOS RIESGOS NO AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE CUBRAN LOS VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS OBJETO DE COBERTURA BAJO ESTE AMPARO.

LA COBERTURA OTORGADA TAMPOCO TENDRÁ APLICACIÓN CUANDO EL(OS) VEHÍCULO(S) ASEGURADO(S) NO SE ENCUENTRE(N) AMPARADO(S) BAJO UN SEGURO DE AUTOMÓVILES CUBRIENDO EL LÍMITE PRIMARIO, CUYO EXCESO ES OBJETO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTE AMPARO.

CLÁUSULA TERCERA

3. DEDUCIBLE

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE UN DEDUCIBLE, QUE SERÁ DEL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR ASEGURADO ENUNCIADO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA. TAL DEDUCIBLE NUNCA SERÁ SUPERIOR A 2.000 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

CLÁUSULA CUARTA

4. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

EL ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A SEGURESTADO SOBRE LA OCURRENCIA DE TODO HECHO QUE PUDIERE AFECTAR LA PRESENTE PÓLIZA DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
SI CONTRA EL ASEGURADO SE INICIARE ALGÚN PROCEDIMIENTO JUDICIAL, O FUERE CITADO A ASISTIR A DILIGENCIA DE CONCILIACIÓN PREVIA POR LA OCURRENCIA DE UN SUCESO QUE PUDIERE AFECTAR ESTA PÓLIZA, DEBERÁ DAR AVISO INMEDIATO A SEGURESTADO, AUNQUE YA LO HAYA DADO RESPECTO A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

EL ASEGURADO QUEDA OBLIGADO A COLABORAR EN SU DEFENSA JUDICIAL, A FACILITAR LOS DOCUMENTOS Y DEMÁS MEDIOS PROBATORIOS QUE BUSQUEN LA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD O DISMINUIR EL MONTO DE LA MISMA Y A CONCURRIR A LAS CITACIONES QUE LA LEY O SEGURESTADO LE SOLICITE.

QUEDA IGUALMENTE OBLIGADO A REALIZAR TODAS LAS DILIGENCIAS RAZONABLES, TENDIENTES A EVITAR LA AGRAVACIÓN O AUMENTO DE LOS PERJUICIOS.

SI EL ASEGURADO, POR SU CULPA O NEGLIGENCIA FALTARE A ALGUNA DE LAS OBLIGACIONES ARRIBA DESCRITAS, SEGURESTADO DEDUCIRÁ DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE DICHO INCUMPLIMIENTO LE CAUSE.

CLÁUSULA QUINTA

5. GARANTÍAS

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXPIDE BAJO LA CONDICIÓN QUE EL ASEGURADO CUMPLIRÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO CON LAS SIGUIENTES GARANTÍAS Y COMPROMISOS:

5.1 EL ASEGURADO NO PUEDE SIN CONSENTIMIENTO PREVIO Y ESCRITO DE SEGURESTADO ACEPTAR RESPONSABILIDADES, DESISTIR, TRANSIGIR, NI HACER CESIÓN DE LA PÓLIZA CUANDO ES NOMINATIVA, SO PENA DE PERDER TODO DERECHO BAJO ESTE CONTRATO DE SEGURO. TAMPOCO PUEDE INCURRIR EN GASTOS, A MENOS QUE OBRE POR CUENTA PROPIA, CON EXCEPCIÓN DE LOS GASTOS NECESARIOS PARA PRESTAR AUXILIOS MÉDICOS, DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN, INMEDIATOS A LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO Y DE AQUELLOS ENCAMINADOS A EVITAR LA AGRAVACIÓN DE UN DAÑO. LE SON APLICABLES AL BENEFICIARIO RECLAMANTE TODAS LAS PROHIBICIONES DEL ASEGURADO, QUE POR SU NATURALEZA PROCEDAN CONTRA ÉL TAMBIÉN.

5.2 EL BENEFICIARIO RECLAMANTE Y/O EL ASEGURADO CUANDO DIRECTAMENTE RECLAME, PERDERÁN TODO DERECHO DERIVADO DE ESTA PÓLIZA CUANDO LLEGUEN A FORMULAR RECLAMACIÓN EN ALGUNA MANERA FRAUDULENTA.

5.3 EL ASEGURADO DEBE MANTENER VIGENTES Y VÁLIDOS TODOS LOS DOCUMENTOS Y CERTIFICACIONES EXIGIDOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.

5.4 EL ASEGURADO DENTRO DE SU OPERACIÓN O ACTIVIDAD, DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, OBSERVARÁ TODAS LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS VIGENTES, QUE RIGEN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

5.5 EL ASEGURADO SE COMPROMETE Y OBLIGA A MANTENER EN BUEN ESTADO DE CONSERVACIÓN Y FUNCIONAMIENTO LOS BIENES CON LOS CUALES DESARROLLA SU ACTIVIDAD DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y COMUNICARÁ POR ESCRITO A SEGURESTADO CUALQUIER MODIFICACIÓN O ALTERACIÓN QUE OCURRA A LA PROPIEDAD O CARACTERÍSTICAS DE LOS MISMOS BIENES.

5.6 EL ASEGURADO NO PODRÁ PERMITIR QUE SE LE DE A LOS BIENES CON LOS CUÁLES DESARROLLA SU ACTIVIDAD DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, UN USO DIFERENTE AL NORMAL Y AUTORIZADO SEGÚN SU TIPO Y CAPACIDAD Y SE OBLIGA A CUMPLIR CON TODAS LAS DISPOSICIONES LEGALES Y TÉCNICAS REFERENTES A SU MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD.

EN EL EVENTO DE VIOLAR EL ASEGURADO, UNÁ CUALQUIERA DE LAS GARANTÍAS QUE SE COMPROMETE A CUMPLIR Y OBSERVAR, DURANTE EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, FACULTA A SEGURESTADO, PARA DAR POR TERMINADO ESTE CONTRATO DE SEGUROS, DESDE EL MISMO MOMENTO DE COMETIDA LA INFRACCIÓN.

CLÁUSULA SEXTA

6. ESTIPULACIONES SOBRE RECLAMACIONES

SI EL MONTO DE LAS RECLAMACIONES EXCEDIERE DEL LÍMITE ASEGURADO PARA CADA COBERTURA O EVENTO, SEGURESTADO SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL, EN LA PROPORCIÓN QUE HAYA ENTRE EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y EL IMPORTE TOTAL DE LAS RECLAMACIONES, AÚN CUANDO SE TRATE DE VARIOS JUICIOS RESULTANTES DE UN MISMO ACONTECIMIENTO. EN TALES CASOS SEGURESTADO PODRÁ EXIMIRSE DE OTRAS RECLAMACIONES MEDIANTE EL PAGO DEL LÍMITE ASEGURADO Y SU PARTICIPACIÓN PROPORCIONAL EN LOS GASTOS HASTA ENTONCES CAUSADOS.

TODA INDEMNIZACIÓN O PAGO QUE SE HAGA DE CONFORMIDAD CON LA PRESENTE PÓLIZA, ORIGINARÁ UNA DISMINUCIÓN IGUAL AL VALOR ASEGURADO. ESTA PÓLIZA NO TIENE RESTITUCIÓN AUTOMÁTICA DE VALOR ASEGURADO. CUALQUIER RESTITUCIÓN DEL MISMO, DEBE SER APROBADA PREVIAMENTE POR SEGURESTADO, UNA VEZ QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR SEGURESTADO PARA UNA NUEVA CONTRATACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
IGILADO

[redacted] SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. [redacted]

CLÁUSULA SÉPTIMA

7. DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO LAS SIGUIENTES EXPRESIONES TENDRÁN EL SIGNIFICADO QUE SE ESTIPULA:

7.1 EL ASEGURADO: ES LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL CONFORMADO POR VARIAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, QUE SE ENCARGA DE EJECUTAR Y CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO CELEBRADO CON LA ENTIDAD ESTATAL DENTRO DE LA VIGENCIA ASEGURADA QUEDAN AMPARADAS LAS PERSONAS VINCULADAS A ÉSTE, MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO. TENDRÁ TAMBIÉN LA CALIDAD DE ASEGURADO LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, LIMITADO ELLO ÚNICAMENTE A LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA ASEGURADO CON MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE ÉSTE INCURRA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA ENTIDAD ESTATAL Y EL CONTRATISTA ASEGURADO.

7.2 BENEFICIARIO: LOS TERCEROS AFECTADOS QUE PUEDAN RESULTAR PERJUDICADOS Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ESTA ÚLTIMA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL CONTRATISTA ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA ENTIDAD ESTATAL Y EL CONTRATISTA ASEGURADO.

7.3 TERCERO AFECTADO: ES LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA DAMNIFICADA POR EL HECHO IMPUTABLE AL CONTRATISTA ASEGURADO, Y DEL CUAL RESULTE CIVILMENTE RESPONSABLE.

AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA,Y QUE NO TENGA RELACIÓN DE PARENTESCO DIRECTO CON EL CONTRATISTA ASEGURADO HASTA EN CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, O SEGUNDO DE AFINIDAD, Y TAMPOCO NINGÚN GRADO DE SUBORDINACIÓN O DEPENDENCIA.

7.4 PREDIOS: SON LOS BIENES INMUEBLES DONDE SE EJECUTA EL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA ENTIDAD ESTATAL Y EL CONTRATISTA ASEGURADO.

7.5 LÍMITE O VALOR ASEGURADO: ES LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO POR CADA SINIESTRO Y POR EL TOTAL DE SINIESTROS QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. CUANDO EN ESTA PÓLIZA O EN SU CARÁTULA, SE FIJE O ESTABLEZCA UN SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO, YA SEA POR PERSONA, DAÑO MATERIAL, LUCRO CESANTE, DAÑO EXTRAPATRIMONIAL, GASTOS LEGALES, AGREGADO ANUAL O SIMILAR, SE ENTENDERÁ QUE TAL SUBLÍMITE SERÁ EL VALOR MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, Y QUE FORMA PARTE DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO, NO SIENDO EN CONSECUENCIA, UNA ADICIÓN DE ESTE ÚLTIMO.

7.6 VIGENCIA DE LA COBERTURA O DE LA PÓLIZA: ES EL PERÍODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LAS FECHAS DE INICIACIÓN DEL AMPARO, COLOCADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS OFRECIDOS, QUE TAMBIÉN SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. TAL VIGENCIA DE LOS AMPAROS, PUEDE COINCIDIR CON LA VIGENCIA DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA ENTIDAD ESTATAL Y EL CONTRATISTA ASEGURADO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NICIPIO DE EL AGRADO

Nit 891180139-9

Recibo Universal

REFERENCIA No.: 2026002596

Banco Agrario de Colombia
NIT 800.037.800-8
8/9/2026 9:33:20 Cajero: yearrias

Oficina: 3902-AGRADO
Terminal: 10.0.5.1 Operación: 860743600

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS
Valor: $408,000.00
Costo de la transacción: $0.00
Iva del costo: $0.00
GMF del costo: $0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 21450 RECIBO UNIVERSAL MUNICIPIO DEL AGRADO-RCB
Ref 1: 2026002596

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5946500 resto de

bre de 2026 VENCE: 30-sep-26

DICAL " CALIDAD INTEGR C.C / NIT: 901340630-7

MPILLAS DEL CONTRATO 095-2026 SUSCRIITO CCON LA ESE SAN DO

	Cantidad	Vlr Unitario	Valor Total
60%	1.00	81,600.00	81,600.00
20%	1.00	27,200.00	27,200.00
10%	1.00	13,600.00	13,600.00
10%	1.00	13,600.00	13,600.00
R 20% PENSIO	1.00	54,400.00	54,400.00
R 56% INFRAE	1.00	152,320.00	152,320.00
24% FUNCIONA	1.00	65,280.00	65,280.00
		Total a Pagar	**$ 408,000.00**

O MIL PESOS MC.

ARAMETRO MENSAJE UNIVERSAL

PRENDIBLE CONTRIBUYENTE

MUNICIPIO DE EL AGRADO

Nit 891180139-9

Recibo Universal

REFERENCIA No.: 2026002596

FECHA: martes, 8 de septiembre de 2026 **VENCE:** 30-sep-26

RECIBI DE AGREMIACION SINDICAL " CALIDAD INTEGR C.C / NIT: 901340630-7

Descripción: LIQUIDACION DE ESTAMPILLAS DEL CONTRATO 095-2026 SUSCRIITO CCON LA ESE SAN ANTONIO DE EL AGRADO

Concepto		Cantidad	Vlr Unitario	Valor Total
013	ESTAMPILLA PROCULTURA 60%	1.00	81,600.00	81,600.00
014	ESTAMPILLA PROCULTURA 20%	1.00	27,200.00	27,200.00
015	ESTAMPILLA PROCULTURA 10%	1.00	13,600.00	13,600.00
016	ESTAMPILLA PROCULTURA 10%	1.00	13,600.00	13,600.00
020	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 20% PENSIO	1.00	54,400.00	54,400.00
021	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 56% INFRAE	1.00	152,320.00	152,320.00
022	ESTAMPILLA PROANCIANO 24% FUNCIONA	1.00	65,280.00	65,280.00
			Total a Pagar	**$ 408,000.00**

SON: CUATROCIENTOS OCHO MIL PESOS MC.

Cancele únicamente en:

"De la mano de Dios y unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147-8	CÓDIGO: AP-FOR-010
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/03/2025
	ACTA DE INICIO	VERSIÓN: 2

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095-2026

ACTA DE INICIO

_X__ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION	N°	095	AÑO:	2026

CONTRATANTE:	**ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA**			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**	AGREMIACIÓN SINDICAL "CALIDAD INTEGRAL"		
	NIT O CC:	NIT 901.340.630-7		
	DIRECCIÒN:	CARRERA 4 No 4-31 TÉRCER PISO OFICINA: 301	**TEL:**	6088351209 3124889422
	CIUDAD:	Pitalito Huila		
	Correo Electrónico	agremiacioncalidadintegral2019@gmail.com		
	REPRESENTANTE LEGAL y o cada uno de los integrantes	SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ		
	CC:	36286098 de Pitalito Huila		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
VALOR DE CONTRATO:	**$74.800.000**			
	SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE.($74.800.000) Y DEMÁS IMPUESTOS, TASAS, CONTRIBUCIONES Y RETENCIONES A QUE HAYA LUGAR			
APORTANTE O CONVINIENTE:	**$**			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			

Elaborado Por: Reinel Quimbaya H.	Revisado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista – Asesor Jurídico	Cargo: Aux. En el Area de la Salud	Cargo: Aux. En el Area de la Salud
Firma:	Firma: Maura Fajardo Lugo	Firma: Maura Fajardo Lugo

	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA . NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-010
"De la mano de Dios y unidos Por La Salud"	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/03/2025
	ACTA DE INICIO	VERSIÓN: 2

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095-2026

	$		
	Valor en Letras:		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	292 DEL 31/08/2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL	293 DEL 07/09/2026		
PLAZO DE EJECUCIÒN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE LAS ACTIVIDADES, PRODUCTOS, METAS E INDICADORES OBJETO DEL CONTRATO, SIN EXCEDER EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026, CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN EXIGIDOS POR LA ENTIDAD.		
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	**07/09/2026**		
FECHA APROBACIÒN DE PÓLIZA:	07/09/2026	**N° Póliza:**	21-46-101144840 ANEXO 0
		Aseguradora:	SEGUROS DEL ESTADO
	07/09/2026	**N° Póliza:**	21-64-101021890 ANEXO 0
		Aseguradora:	SEGUROS DEL ESTADO
	NA	**N° Póliza:**	NA
		Aseguradora:	NA
FECHA DE PAGO PUBLICACIÓN GACETA Y/O ESTAMPILLAS MUNICIPAL	09/09/2026		
FECHA DE INICIO	**10 DE SEPTIEMBRE DEL 2026**		

En el Municipio de El Agrado Huila, a los Diez (10) días del mes de septiembre del 2026, se reunieron la Señora **SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ**, Persona Natural, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía **No. 36286098**, Representante Legal de la Agremiación Sindical **"CALIDAD INTEGRAL"**, identificada con NIT **901.304.630-7**, en calidad de Contratista y la Señora **MAURA ESTHEFANY FAJARDO LUGO**. identificada con Cédula de Ciudadanía N° **1079390221**, en Calidad de Supervisora del respectivo Contrato,

Elaborado Por: Reinel Quimbaya H.	Revisado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista – Asesor Jurídico	Cargo: Aux. En el Area de la Salud	Cargo: Aux. En el Area de la Salud
Firma:	Firma:	Firma:

"De la mano de Dios y unidos por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-018
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/03/2025
	ACTA DE INICIO	VERSIÓN: 2

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095-2026

previa Designación que realizó la Gerente de la Entidad, con el fin de dar inicio al contrato anteriormente citado

Se deja constancia que se han reunido los requisitos legales y contractuales exigibles al contratista para la suscripción del acta de inicio los cuales han sido revisados y aprobados por la supervisión.

En consecuencia, se procede a la iniciación del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION N° 095-2026** cuyo objeto será **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC DEPARTAMENTAL, EN DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL** sin que exceda el 31 de diciembre re del 2026

SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ
Contratista
RL AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

MAURA ESTHEFANY FAJARDO LUGO.
Supervisor Designada

Elaborado Por: Raisel Quimbayo H.	Revisado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista – Asesor Jurídico	Cargo: Aux. En el Area de la Salud	Cargo: Aux. En el Area de la Salud
Firma:	Firma:	Firma:

ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL						
CLASE DE ACTA:	FINAL: __ PARCIAL __X__ : No.: 1					
_X_ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	DE PRESTACION DE SERVICIOS (SINDICAL PARA LA OPERACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS ASISTECIALES, ADTIVO Y OPERATIVO)	Nº:	095	AÑO:	2026	

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO HUILA			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL		
	NIT O CC:	901.340.630-7		
	DIRECCIÒN:	CRA 4 No. 4-31 OF. 301	TEL:	3124889422
	CIUDAD:	PITALITO		
	REPRESENTANTE LEGAL:	SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ		
	CC:	36.286.098		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIAL PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DEL 30 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
REGISTRO PRESUPUESTAL:				
CUENTA BANCARIA	453-000006-53			
VALOR INICIAL:	$74.800.000			
	VALOR EN LETRAS: SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE			
VALOR ADICIONAL (Si aplica)	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$74.800.000			
PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	07/09/2026			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1			

Elaborado Por: Agremiación Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor del Contrato Nº 095
Firma:	Firma:	Firma: Maura E Fajardo

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147 - 8	CÓDIGO: AP-FOR-008
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	ACTA PARCIAL Y/O FINAL	VERSIÓN: 1

(dd/mm/aa)	Nº2		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	07/09/2026		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	Nº1	SUSPENSIÒN	N/A
		REINICIACIÒN	N/A
	Nº2	SUSPENSIÒN	N/A
		REINICIACIÒN	N/A
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	31/12/2026		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	30/09/2026		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 09/09/2026 AL 30/09/2026		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	OLGA MARITZA SUAREZ CORTES	
	EN CALIDAD DE:	GERENTE	
	NOMBRE:	AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	MAURA ESTHEFANY FAJARDO LUGO	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISORA	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. ACTA DE INICIO	07/09/2026		$74.800.000	74.800.000
2. VALOR ACTA PARCIAL 1	30/09/2026		$18.700.000	56.100.000
3. VALOR ACTA PARCIAL 2				
4. VALOR ACTA PARCIAL 3				
5. VALOR ACTA PARCIAL 4				
6. VALOR ACTA PARCIAL 5				
7. VALOR ACTA PARCIAL 6				
8. VALOR ACTA PARCIAL 7				

Elaborado Por: Agremiación Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor del Contrato N° 095
Firma:	Firma:	Firma: Maura E Fajardo L

9. VALOR ACTA PARCIAL 8				
10. VALOR ACTA FINAL				
TOTAL		[illegible]	74.800.000	$0

3. CUMPLIMIENTO (PAGOS A SALUD, PENSIÒN, RIESGOS Y PARAFISCALES)

Que la **AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL** en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. **38970382** del mes de **SEPTIEMBRE** del 2026, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
	Salud	12,5%	$561.800
	Pensión	16 %	$719.300
	ARL	2,436%	$109.700

CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:	Fecha de elaboración **(30/09/2026)**: N/A Quien suscribe: **NIDIA BERMEO ANTURY**

X

4. RECIBO A SATISFACCIÒN (POR PARTE DE LA INTERVENTORIA O SUPERVISIÒN)

1. El contrato arriba descrito se viene desarrollando de conformidad con lo pactado en el mismo, en el cual se efectuaron las actividades objeto del contrato.
2. Que en ejecución del contrato se autorizan los siguientes pagos: Por el periodo comprendido del **07/09 /2026** al **30/09/2026**
3. Que las partes contratantes se encuentran cumpliendo con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.

OLGA MARITZA SUAREZ CORTES

GERENTE HOSPITAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA

AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Maura Esthefany Fajardo L.

MAURA ESTHEFANY FAJARDO LUGO

Elaborado Por: Agremiación Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor del Contrato N° 095
Firma:	Firma:	Firma: Maura E Fajardo L.

CONTRATISTA **SUPERVISOR**

Reinel Quimbaya Hernandez
Revisó
Abogado - Contratista

Elaborado Por: Agremiación Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor del Contrato N° 095
Firma:	Firma:	Firma:

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815951434

(415)7707212489984(8020) 000014815951434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 3 4 0 6 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	4	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Últimas Reformas

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	9 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 1 1 0 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 9	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 1 1 0 1	
77. No. Matrícula mercantil	2 4 8	
78. Departamento	4 1	
79. Ciudad/Municipio	2 3	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 9 1 1 0 1	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social — 1 9

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 9 1 1 1 5		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14815951434

(415)7707212489984(8020) 000001481595143 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 4 0 6 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

41. Dirección principal
CR 4 4 31 OF 303 ED LAS TERRAZAS

42. Correo electrónico agremiacioncalidadintegral2019@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 8 0 5 4 4 7	3 1 2 4 8 8 9 4 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 2 0	2 0 1 9 1 1 0 1	6 6 2 1	2 0 2 2 0 3 0 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	1 4	4 2	4 8	5 2																				

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 03 - 02 / 16 : 50: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre COY MUÑOZ SANDRA PATRICIA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815951434

(415)7707212489984(8020) 000001481595143 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 3 4 0 6 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 5 1 1 8 6 2 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BERMEO	VARGAS	ADRIANA	LORENA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 0 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 6 2 8 6 0 9 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
COY	MUÑOZ	SANDRA	PATRICIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 0 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 6 2 8 9 2 9 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
OME	MURCIA	LUZ	ANGELA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 0 1	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 7 7 8 4 9 1 2 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TRUJILLO	LAMILLA	YENNY	PAOLA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 0 1	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	5 5 0 6 6 7 3 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TRIVIÑO	SALCEDO	YICELA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 0 1	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815951434

(415)7707212489984(8020) 000014815951434

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 3 4 0 6 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 1 1 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 6 2 8 6 0 9 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
COY	MUÑOZ	SANDRA	PATRICIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 9 1 1 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 5 1 1 8 6 2 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BERMEO	VARGAS	ADRIANA	LORENA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTOS SAS

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-011
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA DETERMINACIÓN CEDULAR A PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS	VERSIÓN: 1

Agrado, 30 de septiembre de 2026

Doctora:
OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
Gerente
ESE Hospital Municipal San Antonio de El Agrado Huila
Agrado Huila

Ref. Certificación de cumplimiento de requisitos como empleado (Art. 329 del E.T. y Decreto 99 de 2013)

De conformidad con la Referencia, me permito manifestarle bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1- Nombre del prestador del servicio AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL
2- Identificación C.C. _____ Otro NIT_X **901340630-7**
3- Régimen del impuesto de ventas al que pertenece: Responsable de IVA: Si _____ No ___X____
4- Facturador Electrónico: Si _____ No ___X_____
5- Mes al que pertenece la Certificación **SEPTIEMBRE**
6- Declaración de ingresos (Valor Mensual)
   Los servicios que presto corresponden con los de una profesión liberal ___SI_____
   Los servicios técnicos que presto no requieren el uso de materiales o equipo especializado ___SI___
   Los servicios son prestados de manera personal ___SI____
   Mis ingresos corresponden al 80% o más por servicios prestados de forma personal ___SI____
7- Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención:
   No. Planilla Aporte Aporte Aporte
   Pila **38970382** **Salud** $561.800 **Pensión** $719.300 **ARL** $109.700
8- Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.
9- Solicito que se practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el Artículo 1 del Decreto 99 de 2013.
10- Valor de los ingresos totales por la vigencia anterior $
11- Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario: Si ___ No __X__

Firma,

SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ
C. C. 36. 286.098

Elaborado Por: Agremiación Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Contratista - Contadora
Firma:	Firma:	Firma:

Bancolombia

Pitalito, 13 de enero de 2026

Señores
A QUIEN INTERESE
Ciudad

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, el cliente **AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL**, identificado con Nit número **901340630**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.° Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	453-000006-53	2020/05/19	ACTIVA

*Importante: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 8361545 - ext. 152 en nuestra sucursal Pitalito.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Pitalito - Of. 453 Pitalito
Ejecutivo Senior N° 235
Caja N°

MARLY TATIANA RAMOS GÓMEZ
Ejecutiva Senior Pyme
Suc. 453 Pitalito

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

INFORME DE SUPERVISIÓN

TIPO DE INFORME:	Parcial: X	Final:	No. 001		Fecha: 30/09/2026	
CONTRATO_X_ **CONVENIO___**	**DE PRESTACION DE SERVICIOS (SINDICAL PARA LA OPERACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS ASISTECIALES, ADTIVO Y OPERATIVO)**		N°	095	AÑO:	2026
CONTRATANTE:	**ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA**					
CONTRATISTA:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	**AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL**				
	NIT O CC:	**901.340.630-7**				
	DIRECCIÓN	**CRA 4 No. 4-31 OF. 301**	TEL	**3124889422**		
	CIUDAD:	**PITALITO**				
	REPRESENTANTE LEGAL:	**SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ**				
	CC:	**36.286.098**				
OBJETO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIAL PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DEL 30 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**					
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO: (dd/mm/aa)	**07/09/2026**					
1. BALANCE JURÍDICO ADMINISTRATIVO						
VALOR INICIAL: (Contrato o Convenio)	**$74.800.000**					
	VALOR EN LETRAS: SETENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE					
VALOR ADICIONAL:	N° 1	Valor:	Fecha:			
	N° 2	Valor: N/A	Fecha:			
VALOR TOTAL: (Acumulado)	**$74.800.000**					
PLAZO INICIAL:	**2 MESES 24 DIAS**					
PLAZO ADICIONAL:	N° 1	Tiempo:	Fecha:			
	N° 2	Tiempo: N/A	Fecha: N/A			

Elaborado Por: Maura Estheiany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura E Fajardo L.	Firma:	Firma:

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 9	CÓDIGO: AP-FOR-015
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

PLAZO TOTAL (Acumulado)	2 MESES 24 DIAS			
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	07/09/2026			
FECHA DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN: (dd/mm/aa)	N° 1	Término		Fecha (dd/mm/aa)
		Suspensión:	N/A	N/A
		Reiniciación:	N/A	N/A
	N° 2	Suspensión:	N/A	N/A
		Reiniciación:	N/A	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN: (dd/mm/aa)	31/12/2026			

GARANTIAS: (Si aplica)

Pólizas

N° DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACION	TIPO DE AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
				INICIO	FINAL
2154101021890	N/A	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	$350.181.000.00	07/09/2026	01/01/2027
2146101144840	N/A	POLIZA DE CUMPLIMIENTO	$14.960.000.00	07/09/2026	01/05/2027
2146101144840	N/A	CALIDAD DEL SERVICIO	$7.480.000.00	07/09/2026	01/05/2027
2146101144840	N/A	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	$14.960.000.00	07/09/2026	01/01/2030

SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL:

Que el contratista acreditó el cumplimiento del pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE** así:

PLANILLA N° 38970382	Salud	12,5%	$561.800
	Pensión	16 %	$719.300
	ARL	0,522%	$109.700

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura Esthefany Fajardo L.	Firma:	Firma:

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

2. BALANCE FINANCIERO Y CONTABLE

DESCRIPCIÓN DE PAGOS	FECHA (07/09/2026)	VALOR $74.800.000	SALDO $74.800.000
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**07/09/2026**	**$74.800.000**	
VALOR ADICIONAL N°1			
VALOR FINAL CONTRATADO			
VALOR ACTA PARCIAL N° 1	**30/09/2026**	**$18.700.000**	
VALOR ACTA PARCIAL N° 2			
VALOR ACTA PARCIAL N° 3			
VALOR ACTA PARCIAL N° 4			
VALOR ACTA PARCIAL N° 5			
VALOR ACTA PARCIAL N° 6			
VALOR ACTA PARCIAL N° 7			
VALOR ACTA PARCIAL N° 8			
VALOR ADICIONAL N°1			
VALOR ACTA FINAL			
VALOR FINAL EJECUTADO			
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA			
SALDO A FAVOR DE LA ASAMBLEA			

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
1	GENERAL 1. Ejecución integral, oportuna y eficiente del objeto contractual	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
2	GENERAL 2. Cumplimiento de metas, productos e indicadores del PIC Departamental, Contrato Interadministrativo 1240 de 2026	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
3	GENERAL 3. Disponibilidad de recursos técnicos, administrativos, operativos y logísticos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
4	GENERAL 4. Verificación de perfiles académicos, técnicos y experiencia del equipo de ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura Fajardo	Firma:	Firma:

	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
"De la Mano de Dios y Unidos Por la Salud"	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
5	GENERAL 5. Presentación de informes técnicos, administrativos y financieros con soportes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
6	GENERAL 6. Atención de observaciones e instrucciones de supervisión relativas al objeto	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
7	GENERAL 7. Mantenimiento de capacidad jurídica, técnica, financiera y operativa	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
8	GENERAL 8. Afiliación y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
9	GENERAL 9. Cumplimiento de obligaciones económicas y legales respecto de participantes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
10	GENERAL 10. Constitución y presentación de garantías contractuales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
11	GENERAL 11. Asunción de costos de expedición y actualización de garantías	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
12	GENERAL 12. Ajuste de garantías ante adiciones, prórrogas o modificaciones	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
13	GENERAL 13. Vigencia de los amparos contractuales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
14	GENERAL 14. Acreditación de impuestos, tasas, estampillas y contribuciones aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
15	GENERAL 15. Pago y soporte de estampillas municipales aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
16	GENERAL 16. Cumplimiento de obligaciones tributarias y retenciones aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
17	GENERAL 17. Custodia y adecuado uso de recursos y bienes entregados para ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contador	Cargo: Gerente
Firma: Maura Fajardo L.	Firma:	Firma:

	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
18	GENERAL 18. Confidencialidad y protección de datos e información	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
19	GENERAL 19. Cumplimiento de normas sanitarias, ambientales y de seguridad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
20	GENERAL 20. Prevención y gestión de riesgos asociados a la ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
21	GENERAL 21. Comunicación de novedades que puedan afectar la ejecución contractual	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
22	GENERAL 22. Entrega de información y soportes requeridos para seguimiento	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
23	GENERAL 23. Suscripción de actas de liquidación y entrega de documentos de cierre	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
24	GENERAL 24. Autonomía técnica, administrativa, financiera y organizacional del contratista	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
25	GENERAL 25. Demás obligaciones inherentes al contrato, propuesta y estudios previos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
26	ESPECÍFICA 1. Ejecutar integralmente actividades, metas, coberturas, indicadores y productos del PIC Departamental	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
27	ESPECÍFICA 2. Disponer del equipo de trabajo mínimo exigido por la entidad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
28	ESPECÍFICA 3. Acreditar formación académica, experiencia y requisitos del equipo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
29	ESPECÍFICA 4. Elaborar, presentar y ejecutar el plan operativo de trabajo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
30	ESPECÍFICA 5. Coordinar con supervisión programación, ejecución, seguimiento y evaluación	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura Esthefany F. L.	Firma:	Firma:

	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
31	ESPECÍFICA 6. Ejecutar acciones de promoción, prevención, salud ambiental, salud mental, ENT, envejecimiento saludable y convivencia social	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
32	ESPECÍFICA 7. Desarrollar intervenciones colectivas, educativas, comunitarias e institucionales conforme al anexo técnico	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
33	ESPECÍFICA 8. Garantizar cobertura de población objeto en entornos programados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
34	ESPECÍFICA 9. Ejecutar actividades en fechas, horarios y lugares concertados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
35	ESPECÍFICA 10. Realizar jornadas, talleres, encuentros, sesiones educativas, sensibilización y asistencias técnicas	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
36	ESPECÍFICA 11. Disponer de recursos logísticos, pedagógicos, metodológicos y operativos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
37	ESPECÍFICA 12. Diseñar y utilizar material pedagógico, educativo e informativo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
37	ESPECÍFICA 13. Ejecutar estrategias de información, educación y comunicación en salud	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
39	ESPECÍFICA 14. Difundir contenidos mediante emisoras comunitarias, medios locales o redes sociales con soportes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
40	ESPECÍFICA 15. Ajustar divulgación a lineamientos de Secretaría de Salud Departamental y E.S.E.	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
41	ESPECÍFICA 16. Entregar asistencias, actas, fotografías, registros audiovisuales y certificaciones de cada actividad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
42	ESPECÍFICA 17. Diligenciar formatos e instrumentos de reporte completos, veraces y oportunos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
43	ESPECÍFICA 18. Presentar informes técnicos de avances, metas, población e indicadores	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura E Fajardo L.	Firma:	Firma:

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-015
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
44	ESPECÍFICA 19. Presentar informe mensual detallado con soportes para validación y pago	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
45	ESPECÍFICA 20. Atender requerimientos y solicitudes de ajustes de E.S.E., supervisión y Secretaría	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
46	ESPECÍFICA 21. Corregir o complementar observaciones a informes, productos y evidencias	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
47	ESPECÍFICA 22. Participar en reuniones de seguimiento, coordinación y asistencia técnica	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
48	ESPECÍFICA 23. Garantizar calidad, oportunidad, pertinencia y eficiencia de las intervenciones	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
49	ESPECÍFICA 24. Aplicar protocolos, guías, rutas y lineamientos técnicos pertinentes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
50	ESPECÍFICA 25. Coordinar con actores institucionales, comunitarios y territoriales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
51	ESPECÍFICA 26. Garantizar trazabilidad documental de actividades y metas del Contrato 1240	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
52	ESPECÍFICA 27. Entregar informe técnico final consolidado de actividades, metas y resultados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
53	ESPECÍFICA 28. Asegurar correspondencia entre actividades y compromisos del Contrato 1240	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura E Fajardo L.	Firma:	Firma:

"De la Mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 6	CÓDIGO: AP-FOR-015
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME DE SUPERVISION	VERSIÓN: 1

INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 095

CONCLUSIÓN

La agremiación ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones estipuladas en el contrato PIC suscrito con la E.S.E. Hospital San Antonio. Se han constituido y remitido las pólizas requeridas, realizado los pagos municipales correspondientes, y ejecutado el objeto contractual bajo criterios de calidad, eficiencia, y cumplimiento normativo.

El desarrollo del contrato se ha realizado bajo los principios de responsabilidad, transparencia y compromiso institucional, favoreciendo la adecuada ejecución de las actividades contempladas para la vigencia 2026.

Para constancia se firma en la ciudad de Pitalito, hoy **30/09/2026**
Firma: Maura Esthefany Fajardo L. Nombre del Supervisor: Maura Esthefany Fajardo Lugo

Elaborado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo	Revisado Por: Carmen Dura	Aprobado Por: Olga Maritza Suarez Cortes
Cargo: Superv. CTO N°095	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Gerente
Firma: Maura Esthefany Fajardo L.	Firma:	Firma:

Calidad Integral
AGREMIACIÓN SINDICAL

ANEXO No 2

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

La suscrita, **NIDIA BERMEO ANTURY**, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.281.063, expedida en Pitalito – Huila, en calidad de Revisor Fiscal de la **AGREMIACIÓN SINDICAL "CALIDAD INTEGRAL"** con NIT. 901.340.630-7, declaro bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la presentación de la presente propuesta con los pagos al sistema general de seguridad social (salud, pensión, ARL) correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas promotoras de salud –EPS–, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

Dada en Pitalito a los treinta (30) días del mes de Septiembre de 2026.

Firma
Identificación No. 36.281.063
En calidad de **REVISORA FISCAL**
Ciudad y fecha: Pitalito – Huila, 11/05/2001

NOTA: La presente certificación debe ser firmada por el Revisor Fiscal. En el evento en que la empresa no tenga Revisor Fiscal, la certificación deberá ser firmada por el Representante Legal de la misma. En caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento de estos pagos durante su vigencia.

SOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 38970382
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-10-08

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901340630	D.V.	7	TIPO DE APORTANTE	A mayor o igual a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRERA 6 N 21 SUR 56	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	PITALITO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	9420	CORREO ELECTRÓNICO	AGREMIACIONCALIDADINTEGRAL2019@GMAIL.COM	TELÉFONO	4005559
FAX	3124889422	SUCURSAL	019	NOMBRE SUCURSAL	TEMPORALES
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Contratante

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	36286098	PRIMER APELLIDO	COY	SEGUNDO APELLIDO	MUNOZ
PRIMER NOMBRE	SANDRA	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 09	Año: 2026	Mes: 09	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
5		$0		38970382

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
dentificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-26442053	59	No	No	No	41	13	3861001	Salario	GOMEZ ROJAS DISNURY	$1.750.905
CC-1079391547	59	No	No	No	41	13	3861001	Salario	MENDEZ MORALES ANGIE LORENA	$1.750.905
CC-1007250643	59	No	No	No	41	13	3861001	Salario	PEREZ VALDERRAMA DANIELA FERNANDA	$1.750.905
CC-26442445	59	No	No	No	41	13	3861001	Salario	TIERRADENTRO MUÑOZ DIANA MILENA	$1.750.905
CC-1079389541	59	No	No	No	41	13	3861001	Salario	VALDERRAMA BETANCOUR OCTAVIO	$1.750.905

NOVEDADES																																
ntificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
- 26442053	X	2026-09-09																											0		
- 1079391547	X	2026-09-09																											0		
- 1007250643	X	2026-09-21																											0		
- 26442445	X	2026-09-09																											0		
- 1079389541	X	2026-09-09	T	2026-09-09																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
ıtificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
- 26442053	PORVENIR	22	$1.283.997	0.1600000	$205.500	$0	$0	$205.500	$0	$0	$0
1079391547	PORVENIR	22	$1.283.997	0.1600000	$205.500	$0	$0	$205.500	$0	$0	$0
1007250643	PORVENIR	10	$583.635	0.1600000	$93.400	$0	$0	$93.400	$0	$0	$0
- 26442445	PORVENIR	22	$1.283.997	0.1600000	$205.500	$0	$0	$205.500	$0	$0	$0
1079389541	COLFONDOS	1	$58.364	0.1600000	$9.400	$0	$0	$9.400	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
ıtificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	[redacted]ut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
26442053	NUEVA E.P.S. S.A.	22	$1.283.997	0.1250000	$160.500	$0	0	$0	0	$0	22	$1.283.997	10	0.0243600	$31.300
1079391547	COMPENSAR-EPS	22	$1.283.997	0.1250000	$160.500	$0	0	$0	[redacted]	$0	22	$1.283.997	10	0.0243600	$31.300

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
ificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
1007250643	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	10	$583.635	0.1250000	$73.000	$0	0	$0	0	$0	10	$583.635	10	0.0243600	$14.300
26442445	NUEVA E.P.S. S.A.	22	$1.283.997	0.1250000	$160.500	$0	0	$0	0	$0	22	$1.283.997	10	0.0243600	$31.300
1079389541	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$58.364	0.1250000	$7.300	$0	0	$0	0	$0	1	$58.364	10	0.0243600	$1.500

APORTES PARAFISCALES													
ificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
26442053	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
079391547	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
007250643	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
26442445	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
079389541	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 09

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
VENIR	4	$709.900	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$709.900
ÓNDOS	1	$9.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$9.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EVA .S. A.	3	$328.300	$0	0	$0	0	$0	$328.300	0	$0	$0	$328.300	$0	0	$0	$0	$328.300	$0	$0	$328.300

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ISTRA RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTE S DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERE SES COT OBL	VLR INTERE SES UPC	SUBTOT AL APORTE S COT	SUBTOT AL APORTE S	RADICA CIÓN AUTOLI Q INICIA L	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
IVA .S. NOV	1	$73.000	$0	0	$0	0	$0	$73.000	0	$0	$0	$73.000	$0	0	$0	$0	$73.000	$0	$0	$73.000
NSAR- ?S	1	$160.500	$0	0	$0	0	$0	$160.500	0	$0	$0	$160.500	$0	0	$0	$0	$160.500	$0	$0	$160.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ISTRA RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES	VLR INCAPACIDA DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUID ACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONA LES	TOTAL PAGAR
SURA	5	$109.700	0	$0	$0	$109.700	0	$0	$109.700	0	$0	$0	$109.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	5	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$561.800
PENSIONES	2	$719.300
RIESGOS PROFESIONALES	1	$109.700
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$1.390.800

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-09
Período Salud : 2026-09

Se certifica que en la fecha 2026-10-08 la empresa AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL con documento de identificación NI 901340630 sucursal 019, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante GOMEZ ROJAS DISNURY identificado con CC-26442053, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
NI-901340630	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
38970382	Y	2026-10-08	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	22
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	22
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	22

E.S.E.HOSPITAL MUNICIPAL
SAN ANTONIO DE EL AGRADO - HUILA
APROBADO
09-10-26

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-09
Período Salud : 2026-09

Se certifica que en la fecha 2026-10-08 la empresa AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL con documento de identificación NI 901340630 sucursal 019, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante MENDEZ MORALES ANGIE LORENA identificado con CC-1079391547, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
NI-901340630	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
38970382	Y	2026-10-08	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	22
EPS	860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	22
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	22

E.S.E.HOSPITAL MUNICIPAL
SAN ANTONIO DE EL AGRADO - HUILA
APROBADO
09-10-26

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-09
Período Salud : 2026-09

Se certifica que en la fecha 2026-10-08 la empresa AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL con documento de identificación NI 901340630 sucursal 019, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante PEREZ VALDERRAMA DANIELA FERNANDA identificado con CC-1007250643, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
NI-901340630	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
38970382	Y	2026-10-08	0,02436

Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	10
EPS	900156264	EPS041	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS	10
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	10

E.S.E.HOSPITAL MUNICIPAL
SAN ANTONIO DE EL AGRADO - HUILA
APROBADO
09-10-26

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-09
Período Salud : 2026-09

Se certifica que en la fecha 2026-10-08 la empresa AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL con documento de identificación NI 901340630 sucursal 019, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante TIERRADENTRO MUÑOZ DIANA MILENA identificado con CC-26442445, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
NI-901340630	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
38970382	Y	2026-10-08	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	22
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	22
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	22

E.S.E.HOSPITAL MUNICIPAL
SAN ANTONIO DE EL AGRADO - HUILA
APROBADO
09-10-26

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-09
Período Salud : 2026-09

Se certifica que en la fecha 2026-10-08 la empresa AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL con documento de identificación NI 901340630 sucursal 019, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante VALDERRAMA BETANCOUR OCTAVIO identificado con CC-1079389541, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
NI-901340630	AGREMICION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
38970382	Y	2026-10-08	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800227940	231001	COLFONDOS	1
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	1

E.S.E.HOSPITAL MUNICIPAL
SAN ANTONIO DE EL AGRADO - HUILA
APROBADO
09-10-26

"De la Mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-016
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATISTA	VERSIÓN: 1

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

INFORME PERIÓDICO DEL CONTRATISTA

INFORME:	**No. 001**		Fecha: 30/09/2026	
PERIODO DEL INFORME	**07/09/2026 al 30/09/2026**			
CONTRATO	**No. 095**		AÑO:	**2026**
CONTRATANTE:	**ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA**			
SUPERVISOR:	**MAURA ESTHEFANY FAJARDO LUGO**			
CONTRATISTA:	NOMBRE:	**AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL**		
	NIT O CC:	**901.340.630-7**		
	DIRECCIÓN	**CRA 4 No. 4-31 OF. 301**	TEL	**3124889422**
	MUNICIPIO:	**PITALITO**		
OBJETO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIAL PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DEL 30 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**			
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	**07/09/2026**			
PLAZO:	**2 MESES 24 DIAS**			
VALOR DEL CONTRATO:	**$74.800.000**			

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
1	GENERAL 1. Ejecución integral, oportuna y eficiente del objeto contractual	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
2	GENERAL 2. Cumplimiento de metas, productos e indicadores del PIC Departamental, Contrato Interadministrativo 1240 de 2026	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
3	GENERAL 3. Disponibilidad de recursos técnicos, administrativos, operativos y logísticos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura Fajardo L.

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-016
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATISTA	VERSIÓN: 1

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
4	GENERAL 4. Verificación de perfiles académicos, técnicos y experiencia del equipo de ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
5	GENERAL 5. Presentación de informes técnicos, administrativos y financieros con soportes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
6	GENERAL 6. Atención de observaciones e instrucciones de supervisión relativas al objeto	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
7	GENERAL 7. Mantenimiento de capacidad jurídica, técnica, financiera y operativa	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
8	GENERAL 8. Afiliación y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
9	GENERAL 9. Cumplimiento de obligaciones económicas y legales respecto de participantes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
10	GENERAL 10. Constitución y presentación de garantías contractuales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
11	GENERAL 11. Asunción de costos de expedición y actualización de garantías	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
12	GENERAL 12. Ajuste de garantías ante adiciones, prórrogas o modificaciones	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
13	GENERAL 13. Vigencia de los amparos contractuales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
14	GENERAL 14. Acreditación de impuestos, tasas, estampillas y contribuciones aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
15	GENERAL 15. Pago y soporte de estampillas municipales aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura Fajardo L.

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

Nº	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
16	GENERAL 16. Cumplimiento de obligaciones tributarias y retenciones aplicables	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
17	GENERAL 17. Custodia y adecuado uso de recursos y bienes entregados para ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
18	GENERAL 18. Confidencialidad y protección de datos e información	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
19	GENERAL 19. Cumplimiento de normas sanitarias, ambientales y de seguridad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
20	GENERAL 20. Prevención y gestión de riesgos asociados a la ejecución	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
21	GENERAL 21. Comunicación de novedades que puedan afectar la ejecución contractual	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
22	GENERAL 22. Entrega de información y soportes requeridos para seguimiento	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
23	GENERAL 23. Suscripción de actas de liquidación y entrega de documentos de cierre	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
24	GENERAL 24. Autonomía técnica, administrativa, financiera y organizacional del contratista	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
25	GENERAL 25. Demás obligaciones inherentes al contrato, propuesta y estudios previos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
26	ESPECÍFICA 1. Ejecutar integralmente actividades, metas, coberturas, indicadores y productos del PIC Departamental	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
27	ESPECÍFICA 2. Disponer del equipo de trabajo mínimo exigido por la entidad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Dusan	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura E Fajardo L.

	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147 - 8	CÓDIGO: AP-FOR-016
"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATISTA	VERSIÓN: 1

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
28	ESPECÍFICA 3. Acreditar formación académica, experiencia y requisitos del equipo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
29	ESPECÍFICA 4. Elaborar, presentar y ejecutar el plan operativo de trabajo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
30	ESPECÍFICA 5. Coordinar con supervisión programación, ejecución, seguimiento y evaluación	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
31	ESPECÍFICA 6. Ejecutar acciones de promoción, prevención, salud ambiental, salud mental, ENT, envejecimiento saludable y convivencia social	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
32	ESPECÍFICA 7. Desarrollar intervenciones colectivas, educativas, comunitarias e institucionales conforme al anexo técnico	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
33	ESPECÍFICA 8. Garantizar cobertura de población objeto en entornos programados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
34	ESPECÍFICA 9. Ejecutar actividades en fechas, horarios y lugares concertados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
35	ESPECÍFICA 10. Realizar jornadas, talleres, encuentros, sesiones educativas, sensibilización y asistencias técnicas	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
36	ESPECÍFICA 11. Disponer de recursos logísticos, pedagógicos, metodológicos y operativos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
37	ESPECÍFICA 12. Diseñar y utilizar material pedagógico, educativo e informativo	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
37	ESPECÍFICA 13. Ejecutar estrategias de información, educación y comunicación en salud	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
39	ESPECÍFICA 14. Difundir contenidos mediante emisoras comunitarias, medios locales o redes sociales con soportes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura E. Fajardo L.

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
40	ESPECÍFICA 15. Ajustar divulgación a lineamientos de Secretaría de Salud Departamental y E.S.E.	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
41	ESPECÍFICA 16. Entregar asistencias, actas, fotografías, registros audiovisuales y certificaciones de cada actividad	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
42	ESPECÍFICA 17. Diligenciar formatos e instrumentos de reporte completos, veraces y oportunos	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
43	ESPECÍFICA 18. Presentar informes técnicos de avances, metas, población e indicadores	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
44	ESPECÍFICA 19. Presentar informe mensual detallado con soportes para validación y pago	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
45	ESPECÍFICA 20. Atender requerimientos y solicitudes de ajustes de E.S.E., supervisión y Secretaría	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
46	ESPECÍFICA 21. Corregir o complementar observaciones a informes, productos y evidencias	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
47	ESPECÍFICA 22. Participar en reuniones de seguimiento, coordinación y asistencia técnica	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
48	ESPECÍFICA 23. Garantizar calidad, oportunidad, pertinencia y eficiencia de las intervenciones	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
49	ESPECÍFICA 24. Aplicar protocolos, guías, rutas y lineamientos técnicos pertinentes	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
50	ESPECÍFICA 25. Coordinar con actores institucionales, comunitarios y territoriales	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
51	ESPECÍFICA 26. Garantizar trazabilidad documental de actividades y metas del Contrato 1240	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura E Fajardo L.

"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 6	CÓDIGO: AP-FOR-016
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/04/2024
	INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATISTA	VERSIÓN: 1

INFORME PERIODICO Y/O FINAL DEL CONTRATO N° 095

N°	Obligación	Estado de cumplimiento	Observaciones
52	ESPECÍFICA 27. Entregar informe técnico final consolidado de actividades, metas y resultados	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.
53	ESPECÍFICA 28. Asegurar correspondencia entre actividades y compromisos del Contrato 1240	✓ Cumplido	Relacionar actividades realizadas y anexar soportes verificables del periodo.

Firma: _____

Nombre: **SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ**

Contratista

ANEXOS - EVIDENCIAS

ANEXO 1 ... REGISTRAR FOTOGRAFIAS SUSTENTO DE LAS VISITAS QUE REALICE Y TODO LO QUE SUSTENTE LO QUE REALIZA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.

Elaborado Por: Agremiacion Calidad Integral	Revisado Por: Carmen Duran	Aprobado Por: Maura Esthefany Fajardo Lugo
Cargo: Contratista	Cargo: Contratista - Contadora	Cargo: Supervisor
Firma:	Firma:	Firma: Maura Esthefany Fajardo L.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.2[illegible]

COY MUÑOZ
APELLIDOS

[illegible] PATRICIA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1977
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-FEB-[illegible] PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMACENTRIZ BENCIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1906100-50149311-F-0036266099-20060713 05165 06193A 02 173377234

	PROCESO INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTANCIA DE REGISTRO DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN DE UNA NUEVA ORGANIZACIÓN SINDICAL, PRIMERA NOMINA DE JUNTA DIRECTIVA Y ESTATUTOS	Código: INS-PO-01-F-01 Versión: 4.0 Fecha: Agosto 01 de 2019 Página: 1 de 1

CONSTANCIA DE REGISTRO DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN DE UNA NUEVA ORGANIZACIÓN SINDICAL, PRIMERA NOMINA DE JUNTA DIRECTIVA Y ESTATUTOS

Dirección Territorial / Oficina Especial	DIRECCION TERRITORIAL HUILA			Departamento	HUILA
Nombre del Inspector de Trabajo	DASSIER DEL CARMEN CASTILLO			Municipio	PITALITO
Número de Registro	248	Fecha:	06/11/2019	Hora	9:00 A.M

I. INFORMACIÓN DE LA NUEVA ORGANIZACIÓN SINDICAL

NOMBRE	ASOCIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL				
SIGLA		CORREO ELECTRÓNICO	agremiacioncalidadintegral2019@gmail.com		
DIRECCIÓN	CARRERA 6 N. 21 SUR 56		TELÉFONO	3124889422	
DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	PITALITO	FECHA ACTA CONSTITUCION	01/11/2019
NUMERO DE PERSONAS ASISTENTES A LA ASAMBLEA DE CONSTITUCIÓN	25	GRADO DE SINDICATO	Primer Grado	CLASIFICACIÓN DEL SINDICATO	Gremio

ESTA AFILIADO A UNA FEDERACIÓN Y/O CONFEDERACIÓN? (Aplica para sindicatos grado 1 o 2)	SI		NO	X	NÚMERO DE REGISTRO CONFEDERACIÓN / FEDERACIÓN		
FECHA DE REGISTRO CONFEDERACIÓN / FEDERACIÓN		NOMBRE DE LA CONFEDERACION / FEDERACIÓN					

II. INFORMACIÓN DE LAS EMPRESAS DE LAS CUALES HAY AFILIADOS A LA ORGANIZACIÓN SINDICAL
(Utilice la hoja de anexo en caso de requerirlo)

TIPO IDENTIFICACION DE LA EMPRESA		NÚMERO IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE EMPRESA					
DIRECCIÓN EMPRESA		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
E-MAIL DE LA EMPRESA		TELÉFONOS			
RAMA ECONÓMICA		NATURALEZA			

III. INSCRIPCION DE AFILIADOS A LA NUEVA ORGANIZACIÓN SINDICAL
(Utilice la hoja de anexo en caso de requerirlo)

NOMBRE(S)	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	GÉNERO	NACIONALIDAD	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO	EMAIL

IV. INSCRIPCIÓN DE INTEGRANTES JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPAL

NOMBRE(S)	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	CARGO
SANDRA PATRICIA	COY MUÑOZ	CC= cédula de ciudadanía	36286088	PRESIDENTE
ADRIANA LORENA	BERMEO VARGAS	CC= cédula de ciudadanía	55118821	VICEPRESIDENTE
LUZ ANGELA	OSME MURCIA	CC= cédula de ciudadanía	36289287	SECRETARIA
YENNY PAOLA	LAMILLA TIMARLO	CC= cédula de ciudadanía	1077849126	TESORERA
YISELA	TRIVIÑO SAICEDO	CC= cédula de ciudadanía	55086736	FISCAL

SUPLENTES

NOMBRE(S)	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	CARGO

V. INSCRIPCIÓN DE INTEGRANTES COMITÉ EJECUTIVO (Aplica para Sindicatos grado 2 y 3)

PRINCIPAL

NOMBRE(S)	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	CARGO

SUPLENTES

NOMBRE(S)	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	CARGO

VI. INFORMACIÓN DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

NOMBRES	SANDRA PATRICIA				
APELLIDOS	COY MUÑOZ				
TIPO DOCUMENTO DE	CC= cédula de ciudadanía	NÚMERO	[illegible]	TELÉFONOS	3124889422
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRERA 6 N. 21SUR 56				
CORREO ELECTRÓNICO DE LA ORGANIZACIÓN SINDICAL	agremiacioncolidadintegral2019@gmail.com			CARGO	PRESIDENTE

VII. ANEXOS

DOCUMENTO	ANEXA	FOLIOS
Copia del acta de constitución, (art 361 C.S.T): Nombre y objeto de la asociación, nombres de todos ellos, suscrita por los asistentes, con indicación del documento de identidad, actividad que ejercen y que los vincula.	SI	9
Copia del acta de elección de la junta directiva (365 C.S.T): suscrita por los asistentes, con indicación del documento de identidad.	SI	
Copia del acta de asamblea en que fueron aprobados los estatutos.	SI	
Un (1) ejemplar de los estatutos del sindicato autenticados por el secretario.	SI	36
Nómina de la Junta Directiva y documento de identidad.	SI	
Nómina completa del personal de afiliados firmada con su correspondiente documento de identidad	SI	

VIII. OBSERVACIONES

Lo anterior dando cumplimiento al artículo 362 y 365 del Código Sustantivo del Trabajo, y acatando lo ordenado en la sentencia C-695/08, proferida por la Corte Constitucional.

Se deja Constancia que los abajo firmantes conocen el contenido del presente documento y están de acuerdo con esto.

BASSIER DEL CARMEN CASTILLO GALLEGO
Inspector de Trabajo

SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ
DEPOSITANTE

CERTIFICACIÓN DE COSTOS DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL – PIC DEPARTAMENTAL

A QUIEN CORRESPONDA,

La **AGREMIACIÓN SINDICAL CALIDAD INTEGRAL**, identificada con NIT No. 901.340.630-7, debidamente representada por su Representante Legal, certifica que, en el marco del **Contrato Sindical No. 095 de 2026**, suscrito con la **E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO,** identificada con NIT **891.180.147-8**, cuyo objeto corresponde a la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIAL PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEPARTAMENTAL, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1240 DEL 30 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO Y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, durante el período comprendido entre el **siete (07) de septiembre y el 31 de diciembre de 2026**, se generaron durante el **mes de septiembre de 2026** los siguientes costos asociados a la ejecución del proceso:

I. COSTOS DIRECTOS DE EJECUCIÓN

1. Compensación a Afiliados Partícipes: $18.700.000

Subtotal Costos Directos: $18.700.000

II. RESUMEN GENERAL

Total costos de ejecución del período: $18.700.000

Los valores anteriormente relacionados corresponden a **costos directos de ejecución del contrato sindical**, determinados con base en la participación efectiva de los afiliados partícipes dentro del proceso colectivo desarrollado y distribuidos proporcionalmente al tiempo de ejecución durante el **mes de septiembre de 2026**.

Se deja expresa constancia de que los valores aquí certificados corresponden a **compensaciones económicas de naturaleza asociativa y no salarial**, derivadas de la participación de los afiliados partícipes en la ejecución del contrato sindical, **sin que ello constituya relación laboral individual**, ni genere el reconocimiento de prestaciones sociales, recargos o derechos propios del régimen laboral.

Así mismo, se certifica que dichos costos hacen parte integral de la estructura económi[illegible]el contra[illegible] sindical y se encuentran soportados en la ejecución de las actividades col[illegible]del P[illegible]

Proyecto: Gloria Constanza Sánchez	Revisó: Gloria Constanza Sánchez	Aprobó: S[illegible]

DEPARTAMENTAL, conforme a los lineamientos técnicos, operativos y administrativos definidos para el desarrollo del mismo.

La presente certificación se expide para los fines pertinentes, en especial para efectos de **soporte del proceso de reconocimiento y pago por parte de la entidad contratante**.

Para constancia, se firma en Pitalito (Huila), a los 30 días del mes de septiembre de dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ
CC: 36.286.098
Representante Legal
Agremiación Sindical Calidad Integral

Proyectó: Gloria Constanza Sánchez	Revisó: Gloria Constanza Sánchez	Aprobó: Sa

Calidad Integral

AGREMIACION SINDICAL CALIDAD INTEGRAL
NIT. 901.340.630-7

ANEXO No 1.
DESCRIPCION FACTURA ELECTRONICA

CENTRO DE TRABAJO:			**ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL AGRADO**			
FECHA:			**sep-26**			
No	**PROCESO**	**SUBPROCESO**	**DESCRIPCION**		**VALOR UNITARIO**	**COSTO PRESUPUESTAL**
			CARGO	**PERSONAL**		
	PIC DPTAL	**COORDINADOR**	**COORDINADOR-PROF APOYO**	1	800.000	800.000
2		ENFERMERIA	ENFERMERA	1	4.500.000	4.500.000
			AUXILIAR ENFERMERIA	3	2.500.000	7.500.000
3						
4		PSICOLOGIA	PSICOLGO(A)	1	3.700.000	3.700.000
			SERVICIO ADICIONAL			500.000
			VR, TOTAL PROCESO			**17.000.000**
			VR, AIU 10%			1.700.000
			TOTAL PROPUESTA POR MESES			**18.700.000**