



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
NIT:800.113.6727
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE ASUNTOS JURÍDICOS



LA DIRECCION DE CONTRATACION:		
CERTIFICA QUE:		
CONTRATO	NUMERO 1200	22 DE MARZO DE 2024
CONTRATISTA: HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL		
ESTADO		
NIT 890701922		
Conforme a la cláusula QUINCE DEL ACTO CONTRACTUAL REFERIDO se encuentra perfeccionado y legalizado y aparecen en la carpeta los siguientes documentos, así:		
REGISTRO PRESUPUESTAL: 3020 DEL 3 DE ABRIL 2024		
POLIZAS; 480-47-99-4000051039		
IBAGUE; LEGALIZADO DEL 08 DE ABRIL 2024		
 KATERINE YULIETH LEÓN MIRANDA Directora Contratación		
Proyectó: I.N.T.R		
Nota: El presente certificado de legalización se expide con el fin de que el supervisor (a), realice los trámites pertinentes para la elaboración y cargue en la plataforma SECOP II de la respectiva Acta de Inicio, la cual deberá ser expedida con la misma fecha del presente documento o en su defecto dentro de los tres días hábiles siguientes.		

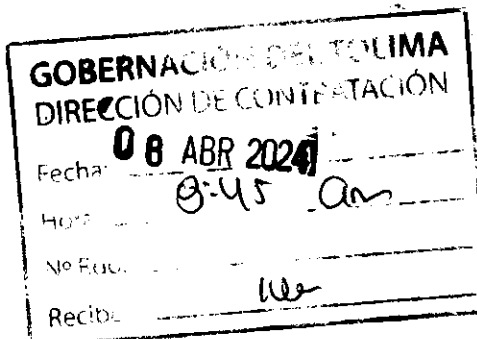


GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
NIT:800.113.6727
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS
Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN



Ibagué,

Doctora
KATHERYNE LEÓN MIRANDA
Directora de Contratación
Gobernación del Tolima



ASUNTO: Remisión Registro Presupuestal y póliza del Contrato No. 1200 de 22 de marzo de 2023

Respetada Doctora.

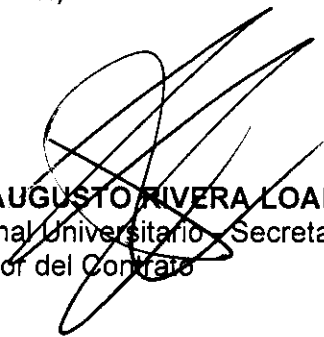
De la manera más atenta me permito remitir en original Registro presupuestal y póliza del Contrato Interadministrativo No. 1200 de 22 de marzo de 2024, de Objeto: "CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, PARA DESARROLLO DEL PROYECTO "DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE PLAYARRICA DEL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO, TOLIMA", suscrito entre Hospital La Misericordia ESE de San Antonio y el Departamento del Tolima.

Anexo los siguientes documentos:

- Registro Presupuestal No. 3020 de 3 de abril de 2024 (1 folios)
- Póliza No. 180-47-994000051039 de 27 de marzo de 2024 con la Aseguradora Solidaria (1 folio)

Se informa que el Hospital La Misericordia ESE de San Antonio manifestó que no se cargaron las pólizas al Secop debido a que no está permitido con el usuario proveedor.

Cordialmente,


EDUIN AUGUSTO RIVERA LOAIZA
Profesional Universitario - Secretaría de Salud
Supervisor del Contrato

GOBERNACION DEL TOLIMA

NIT. 800113672-7

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **3020**

Vigencia: 2.024

Fecha de Compromiso: 3 de abril de 2024

Beneficiario HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA Nit: 890701922 - 3
E.S.E

No. C.D.P. : 2022 Fecha de Expedición del C.D.P.: 19 de marzo de 2024

Con Formalidades Plenas

Tipo de Compromiso Contrato Interadministrativo

Contrato: 1200 Fecha: 22/03/2024 Vence: 31/12/2024

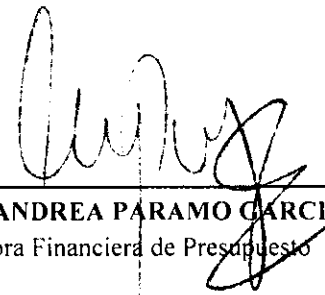
Objeto: CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, PARA DESARROLLO DEL PROYECTO "DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE PLAYARRICA DEL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO, TOLIMA". PLAZO 180 DIAS CALENDARIO.

Cto.Utilidad : SECRETARIA DE SALUD

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Inversión Sección Salud-Tolima, Tierra De Inclusion Y Bienestar 05 - 515542 - 2.3.3.01.02.005 - 0743	Transferencias para Empresas Sociales del Estado Clasificadores 19061906005-0-2021004730106-126673000-1.2. 400.000.000,00 3.2.29-21.0-0-0300-19.05.27	400.000.000,00
Total Compromisos		\$400.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Abril	\$200.000.000,00
Septiembre	200.000.000,00
Valor Total Prog.	\$400.000.000,00


CAROL ANDREA PARAMO GARCIA
Directora Financiera de Presupuesto

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803170903

PÓLIZA No: 480-47-994000051039 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **IBAGUÉ**

COD. AGENCIA: 480 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA MES AÑO
27 03 2024
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
27 03 2024
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **HOSPITAL LA MISERICORDIA ESE SAN ANTONIO TOLIMA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.701.922-3**

DIRECCIÓN: **CALLE 7 8 61 BARRIO DOCE DE OCTUBRE**

CIUDAD: **SAN ANTONIO, TOLIMA**

TÉLEFONO: **2243412**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **GOBERNACIÓN DEL TOLIMA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.113.672-7**

BENEFICIARIO: **GOBERNACIÓN DEL TOLIMA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.113.672-7**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO
ANTICIPO

22/03/2024

23/03/2025

40,000,000.00

BENEFICIARIOS

22/03/2024

23/03/2025

200,000,000.00

NIT 800113672 - GOBERNACIÓN DEL TOLIMA,

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO.1200, DE FECHA 22 DE MARZO DE 2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA DESARROLLO DEL PROYECTO "DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE PLAYARRICA DLE MUNICIPIO DE SAN ANTONIO TOLIMA"

*** OBJETO DE LA GARANTIA ***

SE AMPARAN LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR EL ASEGURADO CON OCASION DEL USO O APROPIACION INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1200 DE FECHA 22 DE MARZO DE 2024, RELACIONADO CON CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA DESARROLLO DEL PROYECTO "DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE PLAYARRICA DLE MUNICIPIO DE SAN ANTONIO TOLIMA" CELEBRADO ENTRE LAS PARTES.

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

VALOR PRIMA:
\$ *****2,406,575

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

IVA:
\$ *****459,339

TOTAL A PAGAR:
\$ *****2,876,915

NOMBRE INTERMEDIARIO
SANTIAGO GARCIA MURILO

CLAVE
8982

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

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

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN, DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASIMILADOS A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS BIENES A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1874 DE 2016 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/ENLACES-DE-INTERES-POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX>

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS - CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701061060019(8020)90000000007000480317090

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD0207B0808FC775F

CLIENTE

08-04-2024

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
DIRECCIÓN CONTRATACIÓN
APROBADO

PÓLIZA No. 480-47-994000051039

CONTRATO No. 1200-2024

REVISÓ [Signature]

AUTORIZÓ [Signature]

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

4803170903

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: IBAGUÉ	VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:	DIA 27	MES 03	AÑO 2024
AG. RAM. POL.: 480 _47 _994000051039	\$ 2,876,915.00	FECHA DE IMPRESIÓN		
NOMBRE::	HOSPITAL LA MISERICORDIA ESE SAN ANTONIO TOLIMA	IDENTIFICACIÓN: NIT	890.701.922-3	
FORMA DE PAGO	CHEQUE ☐ EFECTIVO ☐	VALOR PAGADO		
COD. BANCO	No. CHEQUE	\$		



(415)7701861000019(8020)00000000007000480317090

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta de Ahorros / Corriente - TC
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(601) 3849444	Tarjeta de Crédito
BANCOS	Banco de Bogotá Banco de Occidente	Efectivo ó Cheque

* CORRESPONSALES DE RECAUDO (SOLO PAGO EN EFECTIVO)		MONTO MÁXIMO
1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax y Almacenes Éxito	\$9.999.999
2) SUPERGIROS	Convenio No. 6782 y número electrónico	\$5.000.000
3) PUNTO DE PAGO	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$4.000.000
4) FULLCARGA	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$3.000.000
5) PUNTORED	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 800.000
6) EFECTY	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 500.000
7) COOPENESSA	ÚNICO CONVENIO PARA PAGOS PÓLIZAS ESTUDIANTES EXCLUSIVO SANTANDER DEL SUR	\$ 500.000

IMPORTANTE

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

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

-Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página:

www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Whatsapp business Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co
Línea Solidaria a través del #789
desde tu móvil Claro, Tigo, Movistar y Avantel
01 8000 512021 gratis desde cualquier lugar del país
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano
Carrera 13A #28-38 oficina 221 Bogotá - Teléfono (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 - Celular 3123426229
Correo electrónico defensoriasolidaria@gmail.com
Horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 m y de 2 p.m. a 6 p.m.

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

4803170903

NOMBRE::	HOSPITAL LA MISERICORDIA ESE SAN ANTONIO TOLIMA	IDENTIFICACIÓN: NIT	890.701.922-3	DIA 27	MES 03	AÑO 2024
				FECHA DE IMPRESIÓN		
FORMA DE PAGO	CHEQUE ☐ EFECTIVO ☐	VALOR PAGADO				
COD. BANCO	No. CHEQUE	\$				



(415)7701861000019(8020)00000000007000480317090

