~~4885~~
5139

Fadime M. U

Profesional Ocupacional: FADIME MARTINEZ URZOLA

Registro M.D: 231269.

Licencia S.O: 2046-14

Alexis Vargas

Firma del Paciente: ALEXIS SEGUNDO VARGAS FLOREZ

Identificacion: CC. - 1007608507

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

4886
5140

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 64925

No. DE REGISTRO
MC108717

MARCA
CASE

LINEA
SR175

AÑO MODELO
2019

TIPO DE MAQUINARIA
CONSTRUCCION

CLASE
MINICARGADOR

No. SERIE
JAFSR175JKM472782

COLOR(ES)
AMARILLO

No. MOTOR
129192

RODAJE
NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO
2812 Kg

ALTO
1970 mm

ANCHO
1350 mm

LARGO
3300 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BANCO DAVIVIENDA SA

IDENTIFICACIÓN
NIT 860.034.313

Scanned by CamScanner

~~4887~~
5141

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)
HABITAT CONSTRUCTORA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN
NIT 900.239.415

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTEYTTO MONTERIA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
19-11-2019	19-11-2019	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	482019000477336	10/07/2019

VALID 116148 08/17

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM06000005430

Scanned by CamScanner

4888
5142

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año 2019

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario
482019000477336-1

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 890903024 | 6. DV: 1 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S. A.S.

13. Dirección: CL 11 SUR CR 50 50 | 15. Teléfono: 3606161 | 12. Cód. Admón.: 48 | 16. Cód. Dpto: 05 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900081359 | 25. DV: 1 | 26. Razón social del declarante autorizado: Agencia de Aduanas ML S.A. Nivel 1 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 513

29. Número documento de identificación: 73099640 | 30. Apellidos y nombres: Suarez Rojas Ewind Eduar

31. Clase importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	7201	No. 116575010096581	2019 - 07 - 07	No. SUDU29001AHLXNJ7	2019 - 06 - 27

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: CNHI INTERNATIONAL, S.A. | 47. Ciudad: LUGANO | 48. Cod.País Exportador: 767

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: RIVA PARADISO 14 CH 6902 LUGANO | 50. E-mail: 41919853643

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
1951029130	2019 - 06 - 17	249	1	741	5	EDUARDO L GERLEIN S A	3,202.01

S

59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
8429510000	XX	XX	C102	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms.	72. Peso neto kgs.	dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	767	2,816.90		2,816.90		YY	5	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
23,340.91	352.34
80. Valor Seguros USD	**81. Valor Otros Gastos USD**
14.00	105.23
82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	**83. Ajuste valor USD**
471.57	0.00
84. Valor aduana USD	**85. Código registro o licencia** / **86. Número**
23,812.48	X / XXXXXXXXX
87. Cod. oficina	**88. Año** / **89. Programa No** / **90. Cód Interno del Producto**
99	XXXX / XXXXXXXXX / 0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 76,247,799	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 5.00	98 76,247,799	99 3,812,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sanción	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 3,812,000		126 0

81. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

Do: 13MDECT0619398, Nro Pedido / Orden Compra:MAQ20190020, Declaración: 3/4; Codigo UAP: 1516 ; MERCANCIA NUEVA, NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0272 DE 2018, -ESTATUTO TRIBUTARIO- DECRETO EXTRAORDINARIO 624 DE 1989, MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO ARTÍCULO 468-1; IVA DEL 5 POR CIENTO, NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DE 2013 PARA LA NO PRESENTACION DE REGISTRO DE IMPORTACION; Nombre Comercial: MINICARGADOR CON BALDE FRONTAL, Marca C: CASE CONSTRUCTION, Ref: SR175, Mod: SR175 LOADER , Otras Caracteristicas: PRODUCTO: MINICARGADOR CON BALDE FRONTAL, SERIAL: NKM472782 -PIN: *JAFSR175JKM472782*-, USO O DESTINO: PARA LA CONSTRUCCIÓN, NUMERO DEL MOTOR: 129192, NUMERO VIN: *JAFSR175JKM472782*, CONTIENE PARTES Y AC CESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENT (continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 482019000477336 133. Feha: 2019 06 28

134. Levante No. 482019000388572	135. Fecha: 2019 - 07 - 10	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $: 0 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92481911731595 Fecha presentación 2019-06-28 17:26:01 Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2019-07-10 14:37:00

20191628178473

Scanned by CamScanner

~~4884~~ 5143

DIAN REPÚBLICA DE COLOMBIA	MUISCA	Declaración de Importación	Aceptación : 482019000477336-1 Subpartida : 8429510000

105. Continuación descripción mercancias (Incluya marcas, seriales y otros)

O, CANTIDAD: 1 UNIDADES; ;XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

482019000477336-1	Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

Scanned by CamScanner

4840
5144

COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S.A.S.
NIT. 890903024
CONTAMOS CON UNA RED NACIONAL DE SERVICIOS
Sede Principal: CL 11 SUR 50 50,MEDELLIN Colombia
Teléfono: 57 4 - 3606161
www.navitrans.com.co

Sede de Venta: KM 7 VIA MONTERIA CERETE CORREGIMIENTO LOS GARZONES , MONTERIA- COLOMBIA, Tel:7914814
Responsables de IVA. Grandes Contribuyentes Resolución 012635 de Diciembre 2018
Favor no efectuar Retencion en la Fuente somos Autorretenedores Resol No. 000117 Agosto 17/93
Agentes Retenedores de IVA. Autorretenedores del CREE (Art 3 del DR 862 de 2013). Código CIIU 4511. Tarifa 0.40%
En Cali somos Autorretenedores de ICA Resol. 275 de Agosto 2 de 2002
En Yumbo somos Autorretenedores de ICA Resol. 003 de Marzo 4/2014
En Medellin somos Autorretenedores de ICA Resol. 36465 de 2018
Autorización numeración de facturación No. 18762011973014 del 2018-12-21 vigente hasta 2020-06-21 del COMD100000 al COMD120000
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA

CUFE : e661ca4f2053983b1fe74d4538e10b626c89e3eb

BANCO DAVIVIENDA S.A.
NIT/Cédula: 860034313
calle 30 No 12-08 - MONTERIA, CORDOBA, COLOMBIA
Teléfono: 3300000
Tercero Relacionado: habitat constructora sas
Email:
recepcionfacturasleasing@davivienda.com;sahercon@davivienda.com;lramos@davivienda.com
Condición Pago: Contado

FACTURA VENTA No.	FECHA GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO	PEDIDO DE VENTAS	NUMERO DE PLANILLA	PAGINACIÓN
COMD106632	07/11/2019	07/11/2019	OV-2683612	41771876	1 de 1

MARCA	PLACA	LÍNEA	MODELO		TIPO DE MOTOR	A. MODELO
CASE		MICARLL	MICARLL		N844T/M3	2019
Nº MOTOR	**FECHA MFTO**	**LEVANTE**	**No. ADHESIVO DE PAGO**	**SERIE No.**	**VIN**	**COLOR**
128192	6/26/2019	482019000388572	92481911731595	NKM472782	JAFSR175JKM472782	AMARILLO
DESCRIPCION			**VALOR UNITARIO**	**DIVISA**	**TOTAL**	
MINICARGADOR SOBRE LLANTAS SR175			102.857.142,86	COP	99,519,000.00	

DISCRIMINACION DE LA PARTICIPACION		PORCENTAJE	VALOR
860034313	BANCO DAVIVIENDA S.A.	100.00	99,519,000.00

NAVITRANS S.A.S.
NIT. 890.903.024-1
MEDELLIN 15

OBSERVACIONES:	%IVA	BASE	IMPUESTO		
Visite nuestro sitio web www.navitrans.com.co.	5,00	99.519.000,00	4.975.950,00	SUBTOTAL	102.857.143,00
				DESCUENTO	3.338.143,00
				IVA	4.975.950,00
				IMPOCONSUMO	
				RETEFUENTE	
				RETEIVA	
				RETEICA	
				TOTAL FACTURA COP	104.494.950,00

Esta factura de Venta es negociable según la ley 1231 de 2008. El comprador, titular de la factura, hace constar con su firma que acepta el contenido de la factura y el recibo de la mercancía; igualmente acepta ser consultado y reportado en caso de incumplimiento a cualquier central de riesgo. Navitrans S.A.S no se hace responsable por reparaciones o instalaciones realizadas por terceros. Después de 15 días calendario no se aceptan devoluciones de mercancía. Garantía de repuestos. 6 meses. Es condición para el reconocimiento de la garantía que el repuesto haya sido contramarcado por Navitrans S.A.S, lo cual el comprador debe verificar al momento de la entrega del bien adquirido. Con la aceptación de la factura autorizo a NAVITRAN S.A.S. para que ejerza el derecho de retención de todos los bienes a los que la misma se refiere, mientras su importe no sea cancelado. Los equipos marca CASE están equipados con llantas de uso genérico, no aptas para condiciones y aplicaciones de uso especiales. INGRESE A NUESTRA PAGINA WEB donde encontrará los términos de la garantía. CONSULTE SUS DERECHOS COMO CONSUMIDOR Y LOS MECANISMOS DE PROTECCION EN LA LEY 1480 DEL 2011 Y EN LA CIRCULAR UNICA DE LA SIC. VISITE NUESTRA PAGINA WEB WWW.NAVITRANS.COM.CO (http://WWW.NAVITRANS.COM.CO)

CONSIGNACION NACIONAL EN CUALQUIER OFICINA DE: BBVA Recaudo: 305114753 BANCO DE OCCIDENTE Recaudo: 9221 BANCOLOMBIA Recaudo: 5474 BANCO CAJA SOCIAL Recaudo: 01842 AV. VILLAS Recaudo. 477002297 BANCO DE BOGOTA Recaudo: 393006180 CORPBANCA Recaudo 2248 BANCO GNB SUDAMERIS Recaudo: 83015360 DAVIVIENDA Recaudo: 1000595

Scanned by CamScanner

DATOS DEL ASEGURADO

HABITAT CONSTRUCTORA SAS
CL 30 12 08
MONTERIA - CORDOBA

POLIZA
DE
TODO RIESGO

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

DATOS DEL ASESOR

DAVIVIENDA LEASING

****

RED 322
Tranquilo, la RED lo resuelve
SIN COSTO
CELULAR
322
LINEA 018000 123 322

CLIENTE

~~4844~~
5145

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Bogota D.C., Octubre 13 de 2021

Señor:

BANCO DAVIVIENDA S.A.
Ciudad

Seguros Comerciales Bolívar le agradece su fidelidad con nuestra Compañía.

Adjunto estamos enviando la renovación de su póliza donde hemos resaltado los puntos de mayor relevancia para que usted pueda consultarla fácilmente.

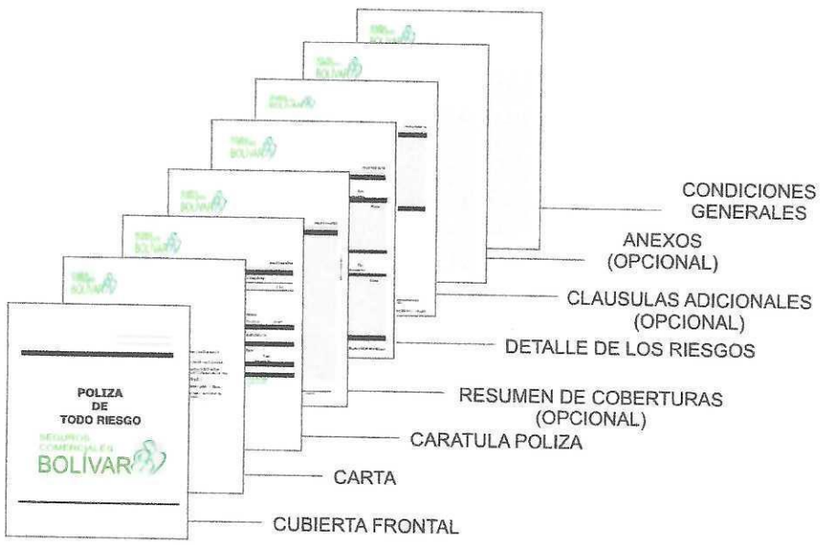
Con el fin de hacerle más sencillo el uso y consulta de su póliza hemos diseñado un contrato ágil y claro para que usted pueda leerlo y entenderlo completamente, ya que se trata de un documento legal que debe ser de su entero conocimiento.

Para facilitarle la consulta en la siguiente gráfica encontrará las partes que componen este documento.

Tenga en cuenta que la póliza es el documento que le respalda el contrato de seguro, por ello otórguele una adecuada protección.

En caso de requerir información adicional, comuníquese con nuestra Línea de Atención al Cliente RED322, desde un teléfono fijo al 01 8000 123 322 o desde celular al #322, donde gustosamente le atenderemos.

Cordial saludo,



Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Nit. 860.002.180-7 • Conmutador 341 0077
Fax 283 0799 • A.A. 4421 • Bogotá D.C., Colombia
www.segurosbolivar.com

RED322 Tranquilo, la RED lo resuelve
SIN COSTO CELULAR #322
LÍNEA 018000 123 322

CLIENTE

4842
5146

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR
NIT. 860.002.180-7

PARA PAGO POR: - Internet ingrese: www.segurosbolivar.com, opción pago en línea con su número de identificación.
- La RED322 marque #322 ó 018000123322, opción 5.
- Internet página WEB de Davivienda: Escoja la opción para pago otros servicios y Seguros Comerciales Bolívar utilizando la referencia **0629761850029001**
- Télefono Rojo: Recuerde debe tener clave personal e ingresar por la opcion 2, el código de la compañía es **00201** utilizando la referencia **0629761850029001**

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO
1015 - 1709167 - 03

Datos del Tomador

Nombre del Tomador
BANCO DAVIVIENDA S.A.

Identificación
860.034.313

Personería
JURIDICO

Dirección Comercial
AV EL DORADO # 68 C 61 P 10

Ciudad
BOGOTA D.C.

Teléfono
3300000

Datos de la Póliza

Factura No . **1**

Certificado No. **0000**

Fecha de Expedición: DIA **13** MES **10** AÑO **2021**

Vigencia días **0365** Vigencia desde DIA **21** MES **11** AÑO **2021** a las **24** Hrs Vigencia hasta DIA **21** MES **11** AÑO **2022** a las **24** Hrs

Período de Facturación **MENSUAL**

Localidad de Radicación **1015**

Producto **152**

Datos de Intermediación

77556 DAVIVIENDA LEASING AGENCIA DE SEGUROS 100 %

PRIMA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL
$85.289	$0	$16.205	$101.494

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y le da derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Observaciones

RENOVACION VIGENCIA 2021-2022. CTO-0001010758. CS-646305.

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

NOTA: Comprobante válido con el sello del cajero.

Av. el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Línea de Atención al Cliente RED322 • Desde fijo 01 8000 123 322 o desde celular al #322

1

CLIENTE

SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CARATULA POLIZA HOJA No.
860.034.313

(415)7709998010260(8020)0629761850029001(3900)000000101494(96)20211221

POLIZA NÚMERO: 1015-1709167-03	VALOR EFECTIVO	REFERENCIA: 0629761850029001
BANCO:	NUMERO DE CHEQUE	VALOR CHEQUE
		VALOR PAGADO: $101.494

NOTA: Comprobante válido con el sello del cajero.

Para pago por Internet ingrese a **www.segurosbolivar.com**
En Bancos, a través de los convenios

Davivienda	1044189	Bancolombia	64912
Banco Occidente	18659	Grupo Éxito	4382

COPIA BANCO

4843
5147

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

Datos del Riesgo No. 001 — **1015 - 1709167 - 03**

Asegurado:	HABITAT CONSTRUCTORA SAS	Nro.Identificacion:	900.239.415
Direccion:	CL 30 12 08	Ciudad:	MONTERIA
Personeria:	JURIDICO	Telefono:	7810798
Beneficiario:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Nro.Identificacion:	860.034.313
Descripcion:	4511-15 MAQUINARIA Y EQUIPO		
Dir.Riesgo:	MONTERIA-CORDOBA / TERRITORIO	Localidad:	MONTERIA

BIEN / COBERTURAS	VR. ASEGURADO	DEDUCIBLES %		DEDUCIBLES Mínimo	PRIMA
Amparo Basico	$107.733.099	10,00	VPI	5,00 SMML	$377.066
Amparos Adicionales		0,00			
Terremoto, Temblor	$107.733.099	10,00	VALEX	3,00 SMM	$215.466
Huracan, Tifon, Ciclon	$107.733.099	15,00	VPI	3,00 SMML	$107.733
Hamcc-Amit-Terrorismo	$107.733.099	20,00		0	$161.600
Hurto Calificado	$107.733.099	20,00	VPI	6,00 SMML	$161.600
R.C Extracontractual	$53.866.550	10,00	VPI	4,00 SMML	$0,00
Transportes Nacionales	$107.733.099	10,00	VPI	5,00 SMML	$0,00
Gastos Extras	$5.386.655	10,00	VPI	5,00 SMML	$0,00
Gastos Flete Aereo	$5.386.655	10,00	VPI	5,00 SMML	$0,00

TOTAL PRIMA RIESGO **$1.023.465**

CONVENCIONES: VPI: Valor Perdida Indemnizable - VALEX: Valor Expuesto al Momento del Siniestro - SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente - P: Por mil del valor expuesto al momento del siniestro, no inferior a RCE: Responsabilidad Civil Extracontractual - US$: Dólares americanos - $: Pesos colombianos 0,00

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

1

CLIENTE

CARATULA POLIZA HOJA No.

4894
5148

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

Datos del Riesgo No. 001 — **1015 - 1709167 - 03**

RELACIÓN DE BIENES

ÍTEM	MARCA	MODELO	LÍNEA	CLASE	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	SUMA ASEGURADA
1	CASE	2019	PALA	MAQUINARIA INDUSTRIAL/COMERCIAL	CARGADORA SIE:JAFSR175JKM472782 PLACA:MC108717	PARTICULAR	$107.733.099

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

4845
5149

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

>> ANEXO DE POLIZA <<

CONDICIONES PARTICULARES

* TIPO DE POLIZA:

POLIZA DE SEGURO PARA MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS, SEGUN CONDICIONADO GENERAL DE SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. SEGURO PARA MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS 30/03/2018 -1327-P-12-C-0000000000022-00DI. CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y ANEXOS, SEGUN DEFINICIONES, TEXTOS Y FORMAS DE SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. VER CLAUSULADO PAGINA WEB WWW.SEGUROSBOLIVAR.COM /SEGUROS PARA EMPRESAS/PROPIEDAD/EQUIPO Y MAQUINARIA/CLAUSULADO.

* VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO POR CADA BIEN AMPARADO SERA SU VALOR DE REPOSICION O REEMPLAZO A NUEVO.

* AMPAROS:

AMPARO BASICO: CUBRE TODO EVENTO SINIESTRAL, ACCIDENTAL, SUBITO, IMPREVISTO

"A" INCENDIO, IMPACTO DE RAYO, COMBUSTION ESPONTANEA

"B" EXPLOSION DE LA MAQUINARIA O EQUIPO, DISTINTA A LA DE AMIT/AHMCC/TERRORISMO.

"C" ACTOS MAL INTENCIONADOS COMETIDOS POR EMPLEADOS, SABOTAJE SIN UTILIZAR EXPLOSIVOS

"D" COLISION, CHOQUE CON OBJETO EN MOVIMIENTO O ESTACIONARIO, DESCARRILAMIENTO VOLCAMIENTO.

DANO EXTERNO E INTERNO COMO CONSECUENCIA DE EVENTO AMPARADO.

DESASTRES DE LA NATURALEZA

-TERREMOTO, MAREMOTO, TEMBLOR, ERUPCION VOLCANICA

-TIFON, TORNADO, HURACAN, CICLON, VIENTOS FUERTES, RAYO

-DANOS POR AGUA, ANEGACION, GRANIZO

FENOMENOS SOCIALES O ANTROPICOS SUBITOS E IMPREVISTOS

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

ANEXOS

- HUELGA, ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL (HAMCC)-ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS (AMIT), TERRORISMO HASTA POR 100% POR EVENTO Y EN EL AGREGADO ANUAL, EXCEPTO PARA LOS EQUIPOS UBICADOS EN: CHOCO, CAUCA, CASANARE, VAUPES, AMAZONAS, PUTUMAYO, ARAUCA, GUAVIARE, GUAINIA, CAQUETA, VICHADA, NORTE DE SANTANDER Y LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META: PUERTO LLERAS, PUERTO RICO, VISTA HERMOSA, FUENTE DE ORO, SAN JUAN DE ARAMA, MESETAS, LEJANIAS, LA URIBE, EL CASTILLO, LA MACARENA Y SUS AREAS DE INFLUENCIA, Y LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA: AMALFI, ANORI, CISNEROS, REMEDIOS, SAN ROQUE, SANTO DOMINGO, SEGOVIA, ZARAGOZA, YOLOMBO, VEGACHI, YALI; ASI COMO LAS DEMAS AREAS GEOGRAFICAS DE OPERACION DE LA MAQUINARIA NO DECLARADAS POR EL ASEGURADO; QUE TENDRAN UNA COBERTURA DEL 75%.

- HURTO CALIFICADO; ATENDIENDO UNICAMENTE LOS NUMERALES 1 Y 2 DEL ARTICULO 240 DEL CODIGO PENAL: NUMERAL 1; SI EL HURTO SE COMETIERE CON VIOLENCIA SOBRE LAS COSAS Y NUMERAL 2; COLOCANDO A LA VICTIMA EN CONDICIONES DE INDEFENSION O INFERIORIDAD O APROVECHANDOSE DE TALES CONDICIONES. HASTA POR 100% POR EVENTO Y EN EL AGREGADO ANUAL, EXCEPTO PARA LOS EQUIPOS UBICADOS EN: CHOCO, CAUCA, CASANARE, VAUPES, AMAZONAS, PUTUMAYO, ARAUCA, GUAVIARE, GUAINIA, CAQUETA, VICHADA, NORTE DE SANTANDER Y LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META: PUERTO LLERAS, PUERTO RICO, VISTA HERMOSA, FUENTE DE ORO, SAN JUAN DE ARAMA, MESETAS, LEJANIAS, LA URIBE, EL CASTILLO, LA MACARENA Y SUS AREAS DE INFLUENCIA, Y LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA: AMALFI, ANORI, CISNEROS, REMEDIOS, SAN ROQUE, SANTO DOMINGO, SEGOVIA, ZARAGOZA, YOLOMBO, VEGACHI, YALI; ASI COMO LAS DEMAS AREAS GEOGRAFICAS DE OPERACION DE LA MAQUINARIA NO DECLARADAS POR EL ASEGURADO; QUE TENDRAN UNA COBERTURA DEL 75%.

* OTRAS COBERTURAS

- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL. HASTA POR COP$100.000.000, SIEMPRE Y CUANDO NO SUPERE EL 50% DEL VALOR DEL EQUIPO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE DE LUGAR A LA INDEMNIZACION DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONE A TERCEROS DURANTE LA OPERACION DE LA MAQUINARIA O EQUIPO DE CONTRATISTAS OBJETO DE ESTE SEGURO; SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE SINIESTROS OCURRIDOS EN EL AREA DE OPERACION DE LA MAQUINARIA CONSIGNADA EN LA POLIZA, DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA. SE EXCLUYE:

- RECLAMACIONES DERIVADAS POR EL DANO QUE SUFRA LA MAQUINARIA ASEGURADA.

- RECLAMACIONES POR HURTO O TENTATIVA DE HURTO DE LA MAQUINARIA Y BIENES AJENOS, QUE EL ASEGURADO TENGA BAJO

4847
5151

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL.

- NO SE AMPARAN MULTAS O SANCIONES EMITIDAS YA SEA POR ENTIDADES PARTICULARES O PUBLICAS, EN RAZON DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO.

- TODA RECLAMACION QUE SEA OBJETO DE OTRO TIPO DE SEGURO.

- EVENTOS OCURRIDOS DURANTE EL TRANSPORTE Y OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

LA ASEGURADORA ASUMIRA LOS HONORARIOS CORRESPONDIENTES PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO DENTRO DEL PROCESO JUDICIAL INICIADO EN SU CONTRA, SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS AL TERCERO O VICTIMA EXCEDE LA SUMA ASEGURADA, LA COMPANIA SOLO RESPONDERA POR LOS HONORARIOS EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA RESPECTO DEL VALOR A INDEMNIZAR.

EL APODERADO JUDICIAL DEL ASEGURADO, SERA NOMBRADO POR ESTE SIN PERJUICIO DE QUE LA ASEGURADORA PUEDA SUGERIR EL NOMBRE DE ALGUN O ALGUNOS ABOGADOS PARA TAL FIN. EN TODO CASO, SIN LA AUTORIZACION ESCRITA DE LA ASEGURADORA, EL ASEGURADO NO PODRA INCURRIR POR CUENTA DE LA PRESENTE POLIZA, EN PAGO, CONCILIACION, O TRANSACCION ALGUNA CON EL TERCERO O LA VICTIMA DEL DANO O SUS CAUSAHABIENTES CON OCASION DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL AMPARADA BAJO ESTE SEGURO.

SE ACLARA QUE EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, SE LIMITA UNICAMENTE AL DANO EMERGENTE QUE SE LE CAUSEN A UN TERCERO AFECTADO; POR LO CUAL SE EXCLUYEN PERDIDAS CONSECUENCIALES O PERDIDAS DE BENEFICIO, LUCRO CESANTE Y DANOS O PERJUICIOS MORALES QUE SE CAUSEN A UN TERCERO POR ESTE CONCEPTO.

-TRANSPORTE NACIONAL: INTERIOR DEL PAIS. ESTA EXCLUSION NO APLICA PARA MOVILIZACIONES (CON O SIN PREVIO AVISO) DE MAQUINARIA TRANSPORTADA EN CAMA BAJA (O EN CAMION SI SE TRATA DE MAQUINARIA LIVIANA) EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL CON UN LIMITE DE COP$700.000.000 POR CAMION O CARAVANA DE CAMIONES. ENTENDIENDO POR CARAVANA, EL CONVOY DE DOS O MAS VEHICULOS DESPACHADOS POR EL ASEGURADO Y QUE SE MOVILIZAN UNO DETRAS DE OTRO. EL TRANSPORTE DEBE REALIZARSE EN HORARIO SOLAR, POR UNA EMPRESA TRANSPORTES LEGALMENTE CONSTITUIDA, ESPECIALIZADA EN EL TRANSPORTE DE ESTE TIPO DE EQUIPOS Y/O MAQUINARIAS, UTILIZANDO EL MEDIO ADECUADO PARA EL TRANSPORTE DE CARGA PESADA Y/O EXTRADIMENSIONADA Y CUMPLIENDO CON LOS REGLAMENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO TRANSPORTE PARA ESTA ACTIVIDAD. SE EXCLUYEN LOS DANOS O PERDIDAS, QUE SE PRESENTEN EN LOS BIENES CUANDO SU TRANSPORTE SE REALICE POR VIA AEREA, MARITIMA O FLUVIAL.

-HURTO SIMPLE OPCIONAL, A CRITERIO DEL COMERCIAL ENCARGADO

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

DE LA CUENTA SIEMPRE Y CUANDO SE TENGAN PRESENTE CONDICIONES DE SEGURIDAD, VIGILANCIA, UBICACION, PERNOCTACION Y SUBARRIENDO.

* DEDUCIBLES:

-TERREMOTO, MAREMOTO, TEMBLOR, ERUPCION VOLCANICA: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO TRES (3) SMMLV.

-DANOS POR AGUA, ANEGACION, GRANIZO: 15% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO TRES (3) SMMLV.

-TIFON, TORNADO, HURACAN, CICLON, VIENTOS FUERTES: 15% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO TRES (3) SMMLV.

-HAMCC, AMIT Y TERRORISMO AL 100%: 20% DE LA PERDIDA, MINIMO SEIS (6) SMMLV.

-HAMCC, AMIT Y TERRORISMO AL 75%: 15% DE LA PERDIDA, MINIMO SEIS (6) SMMLV.

-HURTO CALIFICADO: 20% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO SEIS (6) SMMLV.

-BASICO Y DEMAS EVENTOS NO EXPRESAMENTE EXCLUIDOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO CINCO (5) SMMLV.

-TRANSPORTES NACIONALES: APLICA EL DEDUCIBLE DE LA COBERTURA AFECTADA.

-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO CUATRO (4) SMMLV.

-HURTO SIMPLE: 20% DE LA PERDIDA, MINIMO SEIS (6) SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. (SI SE OTORGA)

NOTA: SMMLV- SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.

* CONDICIONES PARTICULARES:

-ARBITRAMENTO: LA COMPANIA DE SEGUROS DE UNA PARTE, Y EL ASEGURADO DE OTRA, ACUERDAN SOMETER A LA DECISION DE TRES (3) ARBITROS, TODAS LAS DIFERENCIAS QUE SE SUSCITEN, EN RELACION CON EL CONTRATO DE SEGURO A QUE SE REFIERE LA PRESENTE POLIZA. LOS ARBITROS SERAN NOMBRADOS DE COMUN ACUERDO POR LAS PARTES Y, SI ELLO NO FUERE POSIBLE, SE APLICARA LO DISPUESTO EN EL DECRETO 1818 DE 1998. LOS ARBITROS DEBERAN DECIDIR EN DERECHO, EL TRIBUNAL TENDRA COMO SEDE LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.

-DEFINICION DE EVENTO SINIESTRAL (OCURRENCIA DE SINIESTRO CLAUSULA DE HORAS): LAS PALABRAS "OCURRENCIA DE SINIESTRO" SE ENTENDERAN COMO TODAS LAS PERDIDAS INDIVIDUALES QUE SE

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

ORIGINEN Y SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR UNA SOLA CATASTROFE; SIN EMBARGO, LA DURACION Y EXTENSION DE CUALQUIER "OCURRENCIA DE SINIESTRO" ASI DEFINIDA SERA LIMITADA A :

A. 72 HORAS CONSECUTIVAS EN CASO DE HURACAN, TIFON, TORMENTA DE VIENTO, TEMPORAL DE LLUVIAS, GRANIZADA Y/O TORNADO.

B. 72 HORAS CONSECUTIVAS EN CASO DE TERREMOTO, MAREMOTO, OLA DE MAREA Y/O ERUPCION VOLCANICA

C. 72 HORAS CONSECUTIVAS EN TODO EL PAIS EN CASO DE MOTIN, CONMOCION CIVIL Y DANO MALICIOSO

D. 72 HORAS CONSECUTIVAS PARA CUALQUIER EVENTO QUE INCLUYA PERDIDA O PERDIDAS INDIVIDUALES DERIVADAS DE CUALQUIERA DE LOS RIESGOS MENCIONADOS ARRIBA EN (A), (B) Y (C).

E. 168 HORAS CONSECUTIVAS PARA EVENTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO INCLUYA PERDIDA O PERDIDAS INDIVIDUALES CAUSADAS POR ALGUNOS DE LOS RIESGOS MENCIONADOS ARRIBA EN (A), (B) Y (C) Y NO QUEDARA INCLUIDA EN EL TERMINO "EVENTO SINIESTRAL", PERDIDA INDIVIDUAL ALGUNA PRODUCIDA POR CUALQUIERA DE LOS RIESGOS ASEGURADOS QUE OCURRA FUERA DE DICHOS PERIODOS O AREAS.

-INDEMNIZACION EN CASO DE PERDIDAS TOTALES: EN LOS CASOS DE PERDIDA TOTAL DEL BIEN ASEGURADO, LA RECLAMACION DEBERA COMPRENDER EL VALOR REAL DE DICHO BIEN ANTES DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, MENOS EL DEDUCIBLE PACTADO. EL VALOR REAL SE OBTENDRA DEDUCIENDO EL DEMERITO POR USO, OBSOLESCENCIA O VETUSTEZ DEL VALOR DE REPOSICION EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO.

-REVOCACION DE LA POLIZA A 30 DIAS, EXCEPTO POR HAMCC, AMIT Y TERRORISMO, QUE SERA DE 10 DIAS: EL CONTRATO DE SEGUROS PODRA SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LA ASEGURADORA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA ENVIADA AL ASEGURADO, A SU ULTIMA DIRECCION REGISTRADA, CON NO MENOS DE 30 DIAS CALENDARIO DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE TAL ENVIO, EN ESTE CASO LA ASEGURADORA DEVOLVERA AL ASEGURADO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LA PARTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA. ASI MISMO, PUEDE SER REVOCADO POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A LA ASEGURADORA. ESTA CONDICION NO TENDRA EFECTO PARA LA REVOCACION DE LOS AMPAROS DE HMACC-AMIT-TERRORISMO, PARA LOS CUALES EL PLAZO SERA DE 10 DIAS.

-EN CASO DE INDEMNIZACION POR PERDIDA PARCIAL SE EFECTUARA EL PAGO AL LOCATARIO. EN CASO DE PERDIDA TOTAL SE EFECTUARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION A LEASING HASTA POR EL MONTO INSOLUTO DE LA DEUDA Y SI EXISTE SALDO A FAVOR SE EFECTUARA EL PAGO AL LOCATARIO SOBRE ESTE.

ANEXOS

~~1400~~
5154

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

COBERTURA PARA GASTOS POR OCURRENCIA DE SINIESTRO AMPARADO - OPERA POR EVENTO VIGENCIA:

LOS GASTOS QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACION RELACIONADOS, NO SUMAN AL VALOR ASEGURADO, SINO QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDOS DENTRO DE ESTE VALOR, LO QUE SIGNIFICA QUE LA MAXIMA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA PARA LA ATENCION O INDEMNIZACION DE UN EVENTO O SINIESTRO IRA HASTA EL VALOR ASEGURADO.

-FLETE AEREO: LIMITE 5% DEL VALOR DEL SINIESTRO, MAXIMO $50.000.000 EVENTO / VIGENCIA. CUBRE LOS GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE FLETE AEREO, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS ADICIONALES SEAN DESEMBOLSADOS EN RELACION CON CUALQUIER PERDIDA O DANO CAUSADO EN LOS OBJETOS ASEGURADOS E INDEMNIZADOS POR LA COBERTURA DE ESTA POLIZA.

-GASTOS POR FLETE EXPRESO, HORAS EXTRAS, TRABAJO NOCTURNO, TRABAJO EN DIAS FESTIVOS: LIMITE 5% DEL VALOR DEL SINIESTRO, MAXIMO $50.000.000 EVENTO / VIGENCIA. CUBRE LOS GASTOS EXTRAORDINARIOS POR CONCEPTO DE HORAS EXTRAS, TRABAJO NOCTURNO, TRABAJO EN DIAS FESTIVOS Y FLETE EXPRESO, EXCLUYENDO FLETE AEREO, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS CARGOS EXTRAS SE GENEREN EN CONEXION CON CUALQUIER PERDIDA O DANO INDEMNIZABLE RESPECTO DE LOS BIENES ASEGURADOS.

-GASTOS PARA LA EXTINCION DEL SINIESTRO: LIMITE 10% DEL VALOR DEL SINIESTRO, MAXIMO $50.000.000 EVENTO / VIGENCIA. CUBRE EL COSTO DE LOS ELEMENTOS, MATERIALES, MEZCLAS, SUSTANCIAS Y COMPONENTES GASTADOS, DANADOS, PERDIDOS O DESTRUIDOS, UTILIZADOS PARA LA EXTINCION DEL FUEGO, O, PARA MITIGAR LAS CONSECUENCIAS DE CUALQUIERA DE LOS EVENTOS CUBIERTOS.

-GASTOS PARA LA PRESERVACION DE LOS BIENES: LIMITE 10% DEL VALOR DEL SINIESTRO, MAXIMO $50.000.000 EVENTO / VIGENCIA. CUBRE LOS GASTOS EN LOS QUE NECESARIA Y RAZONABLEMENTE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO, CON EL FIN DE SALVAR, PRESERVAR O CONSERVAR LOS BIENES AMPARADOS, INCLUYE REPARACIONES O CONSTRUCCIONES PROVISIONALES Y SU DESMANTELAMIENTO, ASI COMO EL VALOR DEL ARRENDAMIENTO TEMPORAL DE LOCALES. ESTOS GASTOS NO PODRAN SUPERAR EL VALOR ASEGURADO DE LOS BIENES A SALVAGUARDAR. EN CASO DE GASTOS PARA PRESERVAR BIENES YA AFECTADOS POR EL EVENTO CUBIERTO, TALES GASTOS NO PODRAN SUPERAR EL VALOR ESTIMADO DE ACUERDO CON EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN.

-NO SE RENUNCIA A LA APLICACION DE INFRASEGURO, NI AL DEMERITO POR USO, OBSOLESCENCIA, VETUSTEZ, TECNOLOGIA.

-SE EXCLUYEN EQUIPOS TALES COMO BOTES, PLANCHONES O QUE SE MOVILICEN ENCIMA DE CUALQUIER EMBARCACION.

-QUEDA EXCLUIDOS EQUIPOS QUE REALICEN TRABAJOS DENTRO O

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

SOBRE EL AGUA.

-QUEDA EXCLUIDOS EQUIPOS QUE REALICEN TRABAJOS BAJO TIERRAS, EXCEPTO PILOTEADORAS.

-LA EDAD DE LOS EQUIPOS NO DEBE SOBREPASAR LOS 20 ANOS

-LA ASEGURADORA NO ES RESPONSABLE POR DANO O PERDIDA ALGUNA QUE EN SU ORIGEN O EXTENSION, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SE CAUSE POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

3.1 ACTOS MAL INTENCIONADOS OCASIONADOS POR PERSONAL DEL ASEGURADO CUANDO HAGA USO DE EXPLOSIVOS, YA SEA QUE EL ACTO SE COMETA INDIVIDUAL O COLECTIVAMENTE, Y ACTOS MAL INTENCIONADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, COMETIDOS POR UN NUMERO PLURAL DE EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

3.2 DEFECTOS DE LOS EQUIPOS EXISTENTES AL INICIARSE EL SEGURO O PREEXISTENCIAS DE LOS CUALES TENGA O NO CONOCIMIENTO EL ASEGURADO.

3.3 DOLO O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES O DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL MISMO A QUIEN ESTE HAYA CONFIADO LA DIRECCION Y CONTROL DE LA EMPRESA PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL.

3.4 HURTO SIMPLE DE CONFORMIDAD CON SU DEFINICION LEGAL.

3.5 HURTO CALIFICADO CONFORME LOS NUMERALES 3 Y 4 DEL ARTICULO 240 DEL CODIGO PENAL O LOS QUE LO MODIFIQUEN O SUSTITUYAN, QUE HACEN REFERENCIA AL HURTO OCURRIDO: NUMERAL 3, MEDIANTE PENETRACION O PERMANENCIA ARBITRARIA, ENGANOSA O CLANDESTINA EN LUGAR HABITADO O EN SUS DEPENDENCIAS INMEDIATAS, AUNQUE ALLI NO SE ENCUENTREN SUS MORADORES; NUMERAL 4, CON ESCALAMIENTO, CON LLAVE SUSTRAIDA O FALSA, GANZUA O CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO SIMILAR, O VIOLANDO O SUPERANDO SEGURIDADES ELECTRONICAS U OTRAS SEMEJANTES.

3.6 DANO O PERDIDA DE EQUIPOS, HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA QUE NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE DECLARADOS.

3.7 CUALQUIER COSTO O GASTO POR CONCEPTO DE MANTENIMIENTO, REPARACIONES, TRANSPORTE, PINTURA Y SIMILARES QUE NO SEAN OBJETO DE COBERTURA EN ESTE CONTRATO.

3.8 DANOS O PERDIDAS QUE SEAN CONSECUENCIA DEL DESGASTE, DEFORMACION, CORROSION, HERRUMBRE, DETERIORO POR FALTA DE USO, O DEBIDO A CONDICIONES ATMOSFERICAS NORMALES, AGOTAMIENTO DE CUALQUIER PARTE DE LA MAQUINARIA, FATIGA DE MATERIALES O POR EL DESGATE PAULATINO DEBIDO AL USO O TRABAJO NORMAL.

3.9 EL DETERIORO GRADUAL A CONSECUENCIA DE CONDICIONES ATMOSFERICAS, TALES COMO CORROSION, HERRUMBRE, INCRUSTACIONES, OXIDACIONES, CAVITACION, EROSIONES Y

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

SIMILARES.

3.10 DANOS OCASIONADOS POR FALTA DE MANTENIMIENTO O POR SOMETER LOS BIENES ASEGURADOS, MAQUINARIA O EQUIPOS, A CONDICIONES ANORMALES DE TRABAJO, SOBRECARGA O USO EN LABORES PARA LOS CUALES NO FUERON CONSTRUIDOS O DISENADOS.

3.11 PERDIDAS O DANOS CUANDO NO SE CUMPLA CON LAS INSTRUCCIONES DE LOS FABRICANTES Y/O PROVEEDORES SOBRE LA INSTALACION, PROTECCION Y FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINARIA, PUBLICADO EN SUS MANUALES, FOLLETOS Y/O TABLAS O CON LOS REGLAMENTOS LEGALES.

3.12 DEFECTOS ESTETICOS TALES COMO RASGUNOS, RASPADURAS O DESPERFECTOS A SUPERFICIES PULIDAS, PINTADAS O ESMALTADAS.

3.13 PERDIDAS O DANOS POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE EL FABRICANTE, VENDEDOR, PROVEEDOR DE SUMINISTROS Y MONTAJE, TALLER DE REPARACION O MANTENIMIENTO DEL BIEN ASEGURADO, O QUE CONTRACTUALMENTE SEA RESPONSABLE BAJO EL CONTRATO DE GARANTIA POR VENTA, REPARACION, MONTAJE O MANTENIMIENTO.

3.14 PERDIDAS O DANOS A EQUIPOS TOMADOS EN ARRIENDO POR EL ASEGURADO, POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE EL PROPIETARIO, EXISTA O NO CONTRATO DE ARRENDAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO.

3.15 DANOS Y RESPONSABILIDADES CONSECUENCIALES DE CUALQUIER TIPO Y TODA CLASE, LUCRO CESANTE, PERDIDAS POR DEMORAS, PERDIDA DE MERCADO, PERDIDA DE UTILIDAD O DE OTROS BENEFICIOS O VENTAJAS; PARALIZACION DEL TRABAJO, SEA TOTAL O PARCIAL.

3.16 DANOS SUFRIDOS DURANTE EL TRANSPORTE DE LOS BIENES, INCLUIDOS LOS DANOS DURANTE LAS OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE PROPIOS DE UNA POLIZA GENERAL DE TRANSPORTE, SIEMPRE Y CUANDO NO SE HAYA ACORDADO OTRA DISPOSICION EN CONTRARIO MEDIANTE ANEXO AL CONTRATO.

3.17 PERDIDAS O DANOS OCURRIDOS CUANDO LOS BIENES ASEGURADOS ESTEN REALIZANDO OBRAS SUBTERRANEAS.

3.18 PERDIDAS O DANOS DE LOS BIENES ASEGURADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ROTURA DE MAQUINARIA, DANO O AVERIA INTERNA, AVERIA ELECTRICA, DANO HIDRAULICO O MECANICO, CONGELACION DE REFRIGERANTE U OTROS LIQUIDOS, LUBRICACION INCORRECTA O FALTA DE ACEITES; SIN EMBARGO, SI A CONSECUENCIA DE UNA FALLA O INTERRUPCION DE ESA INDOLE SE PRODUJERA UN ACCIDENTE QUE PROVOCARA DANOS EXTERNOS, SERAN INDEMNIZABLES TALES DANOS EXTERNOS.

3.19 PERDIDAS O DANOS POR EXPLOSION DE RECIPIENTES SOMETIDOS A PRESION DE VAPOR O DE LIQUIDOS Y COMBUSTIBLES INTERNOS O DE MAQUINAS DE COMBUSTION INTERNA.

3.20 TODA CLASE DE EVENTO QUE NO SEA SUBITO, ACCIDENTAL E

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

IMPREVISTO.

3.21 DANOS O PERDIDAS A VEHICULOS DE MOTOR DESTINADOS Y PERMITIDOS PARA TRANSITAR EN CARRETERAS PUBLICAS Y PROVISTOS DE UNA PLACA PARA TAL FIN, SALVO QUE SE TRATE DE VEHICULOS UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE EN EL SITIO, AREA GEOGRAFICA, PREDIOS O DIRECCION SENALADOS EN ESTE CONTRATO.

3.22 DANOS O PERDIDAS DE LOS BIENES ASEGURADOS A CAUSA DE INUNDACION TOTAL O PARCIAL CAUSADA POR MAREAS.

3.23 DANOS O PERDIDAS CAUSADOS POR CUALQUIER PRUEBA DE OPERACION A QUE SEAN SOMETIDOS LOS BIENES ASEGURADOS.

3.24 DANOS O PERDIDAS CAUSADOS, OCURRIDOS O AGRAVADOS POR ACTOS INTENCIONALES O NEGLIGENCIA MANIFIESTA DEL ASEGURADO, TRABAJADORES O DE SUS REPRESENTANTES.

3.25 DANOS O PERDIDAS QUE SE DESCUBRAN SOLAMENTE AL EFECTUAR UN INVENTARIO FISICO O REVISION DE CONTROL, O FALTANTES DE INVENTARIO.

3.26 MOVILIZACION DEL BIEN ASEGURADO FUERA DEL TERRITORIO COLOMBIANO

3.27 RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, RESPONSABILIDAD CIVIL VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS, RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACCIDENTES DE TRABAJO, RESPONSABILIDAD CIVIL CONSECUENCIAL, RESPONSABILIDAD CIVIL POR CONTAMINACION Y/O POLUCION.

3.28 REPARACIONES PROVISIONALES EFECTUADAS A LOS BIENES ASEGURADOS SIN APROBACION PREVIA DE LA ASEGURADORA Y LOS DANOS QUE OCASIONEN DICHAS REPARACIONES A OTROS BIENES.

3.29 DANOS O PERDIDAS POR AUSENCIA DE SERVICIO DE VIGILANCIA DE FIRMA ESPECIALIZADA O VIGILANCIA POR PARTE DEL PERSONAL DEL ASEGURADO.

3.30 ABANDONO POR CUALQUIER CAUSA DE LOS BIENES, MAQUINARIAS Y EQUIPOS ASEGURADOS.

3.31 ABUSO DE CONFIANZA E INFIDELIDAD DE EMPLEADOS.

3.32 BIENES, MAQUINARIAS O EQUIPOS UTILIZADOS PARA CUALQUIER ACTIVIDAD ILEGAL O QUE OPEREN SIN LOS PERMISOS DE AUTORIDAD COMPETENTE.

3.33 DANOS POR ACTOS DE AUTORIDAD, CUANDO EL EQUIPO O MAQUINARIA AMPARADO SEA RETENIDO, DECOMISADO, USADO O DESTRUIDO POR LAS AUTORIDADES.

3.34 DANOS O PERDIDAS PROVENIENTES DE ESTAFA, FRAUDE, INTENTO DE FRAUDE, CHANTAJE, EXTORSION, SECUESTRO O DESAPARICION DE LOS BIENES ASEGURADOS, MULTAS Y SANCIONES DE TODO TIPO.

ANEXOS

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

3.35 EQUIPOS ENTREGADOS POR EL ASEGURADO A TERCEROS EN CALIDAD DE LEASING, ARRENDAMIENTO, COMODATO, PRESTAMO, SUBARRIENDO, ALQUILER Y CUALQUIER OTRA MODALIDAD.

3.36 TODA RECLAMACION QUE SEA OBJETO DE OTRO TIPO DE SEGURO.

3.37 MOVILIZACION DE LOS BIENES ASEGURADOS POR SUS PROPIOS MEDIOS FUERA DEL AREA GEOGRAFICA INDICADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SALVO PACTO EN CONTRARIO.

3.38 GUERRA INTERNACIONAL O CIVIL, INVASION, ACTOS PERPETRADOS POR FUERZAS EXTRANJERAS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS (SEA O NO DECLARADA UNA GUERRA), REBELION, INSURRECCION, REVOLUCION, SEDICION, PERTURBACIONES O ALBOROTOS POPULARES, CONSPIRACION, PODER MILITAR O USURPADO, ACTIVIDADES DE PERSONAS, QUE OBREN EN CONEXION CON ORGANIZACIONES POLITICAS, REQUISICION O DESTRUCCION DE BIENES POR ORDEN DE GOBIERNO DE HECHO O DERECHO O DE CUALQUIER AUTORIDAD.

3.39 AMPARO DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGAS, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES Y CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO; SALVO QUE SE CONTRATEN MEDIANTE ANEXO QUE FIGURE EN LA CARATULA DE LA POLIZA, PREVIO PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE.

3.40 REACCIONES NUCLEARES, RADIACION NUCLEAR O IONIZACION, RADIACION O CONTAMINACION RADIACTIVA, EXPLOSION DE ARTEFACTOS O ARMAS NUCLEARES.

3.41 GASTOS U HONORARIOS DE INTERMEDIARIOS DE SEGUROS POR CUALQUIER TIPO DE SERVICIO, CONSULTORIA O ASESORIA EN EL TRAMITE DE RECLAMACIONES.

3.42 DANOS O PERDIDAS CAUSADAS U OCURRIDAS A LOS BIENES ASEGURADOS, DEBIDO AL USO DE EXPLOSIVOS EN EL AREA, OBRA O PROYECTO DONDE SE ENCUENTRE OPERANDO.

* DETERMINACION DEL DANO INDEMNIZABLE PARA LA COBERTURA DE DANOS:

-PARA PERDIDAS PARCIALES: LA INDEMNIZACION SERA PAGADA AL LOCATARIO.

-PARA PERDIDAS TOTALES: LA INDEMNIZACION SERA PAGADA A LEASING DAVIVIENDA, HASTA EL VALOR INSOLUTO DE LA DEUDA.

NOTA: EN CASO DE PERDIDAS TOTALES APLICARA LA SIGUIENTE RELACION DE DEMERITO:

ANEXOS

4905
5159

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

-CERO (0%) PARA LOS PRIMEROS 2 ANOS SEGUN FECHA DE FABRICACION.

-A PARTIR DEL SEGUNDO (2) ANO, APLICA EL 5% ANUAL DESDE EL PRIMER ANO DE FABRICACION Y CON UN DEMERITO MAXIMO DEL 60%.

AMPARO

AMPARO DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR,HUELGAS, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES Y CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO.

NO OBSTANTE LO QUE DICEN LAS EXCLUSIONES DE LA POLIZA ARRIBA CITADA,POR MEDIO DE ESTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE Y CON SUJECION A TODAS LAS CONDICIONES MENCIONADAS, HASTA EL LIMITE MAXIMO DEL VALOR ASEGURADO, EN LOS TERMINOS Y CON LAS LIMITA CIONES AQUI PREVISTAS, LA DESTRUCCION O DANOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS CAUSADOS POR:

1. AMPAROS

1.1. ASONADA, MOTIN O CONMOCION CIVIL: CUBRE LAS PERDIDAS O DANOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS CUANDO SEAN DIRECTAMENTE CAUSADOS POR:

A) ASONADA SEGUN LA DEFINICION DEL CODIGO PENAL COLOMBIANO

B) LA ACTIVIDAD DE PERSONAS INTERVINIENTES EN DESORDENES, CONFUSIONES, ALTERACIONES Y DISTURBIOS DE CARACTER VIOLENTO Y TUMULTUARIO.

PARAGRAFO 1: PARA EFECTOS DEL APLICACION DE ESTE ANEXO, QUEDA CUBIERTO EL HURTO DE LOS BIENES ASEGURA- DOS DURANTE EL SINIESTRO O DESPUES DEL MISMO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO COMPRUEBE QUE DICHA PERDIDA FUE CAUSADA DIRECTAMENTE POR CUALQUIERA DE LOS ACONTECI- MIENTOS QUE SE CUBREN POR MEDIO DE LOS LITERALES A) Y B) DE ESTE NUMERAL 1.1.

PARAGRAFO 2: PARA EFECTOS DE LA APLICACION DE ESTA COBERTURA DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR SE CONSIDERARA QUE UN EVENTO ES TODO SINIESTRO ASEGU- RADO QUE OCURRA EN UN PERIODO CONTINUO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS, CONTADAS A PARTIR DE LA OCURRENCIA DEL PRIMER HECHO GENERADOR DE LA PERDIDA Y SIEMPRE Y CUANDO EXISTA LA IDENTIDAD DEL AGENTE CAUSANTE, DESIGNIO, ASEGURADO Y QUE OCURRA DENTRO DE LOS LIMITES DE UNA MISMA CIUDAD, POBLACION O COMUNIDAD.

1.2. HUELGA: CUBRE LAS PERDIDAS O DANOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS CUANDO SEAN DIRECTAMENTE CAUSADOS

ANEXOS

~~4906~~
5160

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

POR HUELGUISTAS O POR PERSONAS QUE TOMEN PARTE EN CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSION DE HECHO DE LABORES.

1.3. ACTOS DE AUTORIDAD: CUBRE LAS PERDIDAS O DANOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS, CAUSADOS DIRECTAMENTE POR LA ACCION DE LA AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, EJERCIDA CON EL FIN DE DISMINUIR O AMINORAR LA CONSECUENCIA DE LA ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR Y LA HUELGA, SEGUN LAS DEFINICIONES ANTERIORES.

1.4. ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS: SE CUBREN EL INCENDIO, LA DESTRUCCION O DANOS MATERIALES DE LOS BIENES ASEGURADOS DESCRITOS EN LA POLIZA, CAUSADOS POR LA ACCION DE ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, INCLUIDA LA EXPLOSION ORIGINADA EN TALES FENOMENOS. TAMBIEN SE AMPARAN LA DESTRUCCION Y DANOS MATERIALES PROVENIENTES DE ACTOS TERRORISTAS, AUN AQUELLOS QUE SEAN COMETIDOS POR INDIVIDUOS PERTENECIENTES A MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS.

2. EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTE ANEXO

2.1. EN NINGUN CASO SE CUBREN LOS SIGUIENTES EVENTOS DERIVADOS DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO:

2.1.1. LAS PERDIDAS CAUSADAS POR INTERRUPCION DEL NEGOCIO DEBIDO A LA EXTENSION DE COBERTURA A PROVEEDORES Y/O DISTRIBUIDORES O EL IMPEDIMENTO DE ACCESO AL PREDIO AUNQUE ESTE IMPEDIMENTO SEA DE PARTE DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

2.1.2. PERDIDA, DANO, COSTO O GASTO CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CUALQUIER INTERRUPCION DE SERVICIOS (ENERGIA, GAS, AGUA, COMUNICACIONES, ETC, O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD CONSIDERADA SERVICIO PUBLICO).

2.1.3. PERDIDA, DANOS, COSTO O GASTO CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACION BIOLOGICA O QUIMICA, CONTAMINACION SIGNIFICA LA CONTAMINACION, ENVENENAMIENTO O PREVENCION Y/O LIMITACION DEL USO DE OBJETOS DEBIDO A EFECTOS QUIMICOS Y/O SUBSTANCIAS BIOLOGICAS.

2.1.4. PERDIDA, DANO, COSTO O GASTO CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTEPOR COHETES Y MISILES.

2.1.5. TERRORISMO CIBERNETICO, DANOS DERIVADOS DE MANI_

ANEXOS

~~4907~~
5161

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

PULACION DE LA INFORMACION GENERADA, ENVIADA, RECIBIDA, ALMACENADA, COMUNICADA POR MEDIOS ELECTRONICOS, OPTICOS O SIMILARES COMO PUDIERAN SER ENTRE OTROS EL INTERCAMBIO ELECTRONICO DE DATOS (EDI), INTERNET, EL CORREO ELECTRONICO.

2.2. DE IGUAL MANERA EN NINGUN CASO SE CUBREN LOS SIGUIENTES RIESGOS DERIVADOS DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO.

2.2.1. INSTALACIONES CUYA ACTIVIDAD PRINCIPAL SEA SERVIR DE DEPOSITOS DE COMBUSTIBLES (LAS ESTACIONES DE SERVICIOS Y EXPENDIOS DE LUBRICANTES AL DETAL NO HACEN PARTE DE ESTA EXCLUSION)

2.2.2. CAJEROS AUTOMATICOS.

2.2.3. EMBAJADAS, CONSULADOS, LEGACIONES, MISIONES DIPLOMATICAS Y RESIDENCIAS DE LOS EMBAJADORES.

2.2.4. GASODUCTOS, OLEODUCTOS Y POLIDUCTOS.

2.2.5. INSTALACIONES PETROLERAS.

2.2.6. SEDES DE PARTIDOS POLITICOS.

2.2.7. INSTALACIONES DE COMUNICACIONES PARA SERVICIO PUBLICO.

2.2.8. TORRES Y REDES DE DISTRIBUCION Y TRANSMISION DE ENERGIA PUBLICA, CENTRALES DE GENERACION DE ENERGIA ELECTRICA INCLUSIVE LAS SUBESTACIONES.

2.2.9. ANTENAS EMISORAS PARA RADIODIFUSION Y ESTACIONES DE AMPLIFICACION, QUE SE ENCUENTREN FUERA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS O FUERA DEL PERIMETRO O DE LA NOMENCLATURA URBANA DE CUALQUIER CIUDAD, MUNICIPIO O POBLACION.

2.2.10. RADARES Y SUS CORRESPONDIENTES EQUIPOS ELECTRONICOS, RADIO AYUDAS.

2.2.11. MINAS (PERO DONDE SEA APLICABLE SE PERMITE INCLUIR LA PLANTA DE PROCESAMIENTO Y CONVERSION DE MINERALES, POR EJEMPLO PLANTAS CEMENTERAS).

2.2.12. EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTA QUE SE ENCUENTRE FUERA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS O FUERA DEL PERIMETRO O DE LA NOMENCLATURA URBANA DE CUALQUIER CIUDAD, MUNICIPIO O POBLACION.

2.2.13 ESTACIONES DE POLICIA Y/O INSTALACIONES MILITARES.

ANEXOS

~~4408~~
5162

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

ANEXOS

2.2.14. OBRAS CIVILES TERMINADAS COMO PUENTES Y TUNELES YA SEA EN FORMA INDIVIDUAL O COMO PARTE DE UN PROYECTO, PRESAS, AEROPUERTOS, ETC.

2.2.15 EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS UBICADAS EN LOS SIGUIENTES DEPARTAMENTOS Y/O SITIOS: CHOCO, VICHADA, GUAVIARE, CASANARE, AMAZONAS, ARAUCA, CAQUETA, GUAINIA, PUTUMAYO Y VAUPES.

3. LIMITE ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA

LA RESPONSABILIDAD DE SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. CON RESPECTO A PERDIDAS, DANOS, COSTOS, O GASTOS CAUSADOS POR CUALQUIER ACTO DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO, SUSPENSION DE HECHO DE LABORES, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO, ESTA LIMITADA AL 100(%) DEL VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO, CON UN LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION DE COL$_____ POR EVENTO Y VIGENCIA ANUAL DE LA POLIZA INCLUYENDO TODOS LOS SUBLIMITES ADICIONALES, PERO SIN SUPERAR EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA.

4. DEDUCIBLE

EL DEDUCIBLE SE DEBERA APLICAR SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA INDEMNIZABLE. SI EL DEDUCIBLE HA SIDO ACORDADO COMO PORCENTAJE DEL VALOR DEL SINIESTRO Y/O SUMA FIJA MINIMA, EL IMPORTE DEL DEDUCIBLE SE CALCULARA APLICANDO EL PORCENTAJE ACORDADO, AL VALOR DEL SINIESTRO UNA VEZ APLICADA LA PROPORCION INDEMNIZABLE O EL VALOR MINIMO ACORDADO, EL QUE SEA MAYOR DE LOS DOS. SI RESULTARA QUE EL VALOR DEL SINIESTRO, DESPUES DE APLICAR LA PROPORCION INDEMNIZABLE, FUERA MENOR AL DEDUCIBLE MINIMO PACTADO, NO HABRA LUGAR A INDEMNIZACION ALGUNA.

5. CONDICION PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA

ESTE ANEXO ENTRARA A REGIR EN LA FECHA PREVISTA EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO PAGADA LA PRIMA RESPECTIVA.

6. RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA

PARA EL PRESENTE ANEXO NO HABRA RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA POR PAGO DE SINIESTRO.

7. CANCELACION A CORTO PLAZO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA Y CERTIFICADO DE RENOVACION
EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

POLIZA NUMERO

1015 - 1709167 - 03

CUANDO LA VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE ESTE ANEXO SEA INFERIOR A DOCE (12) MESES, LA PRIMA CORRESPONDIENTE A SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. SE LIQUIDARA A PRORRATA, O SEA, LA PRIMA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA Y LA FECHA EN QUE EFECTIVAMENTE SE HACE LA CANCELACION.

8. REVOCACION DEL ANEXO DE ASONADA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO.

ESTE ANEXO PODRA SER REVOCADO TOTAL O PARCIALMENTE, DE FORMA UNILATERAL POR LOS CONTRATANTES ASI:

POR SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. EN CUALQUIER MOMENTO MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ULTIMA DIRECCION CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DIAS DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVIO. EN ESTE CASO, EL ASEGURADO TENDRA DERECHO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACION Y LA DE VENCIMIENTO DEL ANEXO.

POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE ESCRITO A SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. EN ESTE CASO, EL MONTO DE LA PRIMA POR RESTITUIR AL ASEGURADO SERA LA RESULTANTE DE DEDUCIR DE LA PRIMA ANUAL EL MONTO DE LA PRIMA CALCULADA EN EL PUNTO 6. CANCELACION A CORTO PLAZO, DE ESTE ANEXO.

* EXCLUSION SEGUN POLITICA DE INGENIERIA

-AUSENCIA DE SERVICIO DE VIGILANCIA DE FIRMA ESPECIALIZADA O VIGILANCIA POR PARTE DEL PERSONAL DEL ASEGURADO EN EL LUGAR DE DONDE PERNOCTE EL EQUIPO O MAQUINARIA ASEGURADA.

****

ANEXOS

4940
5164

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA A LA CUAL ACCEDE
1015-1709167-03

SEGURO PARA MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

30/03/2018 -1327-P-12-C-0000000000022-00DI

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., en adelante **LA ASEGURADORA**, en virtud de las declaraciones hechas por **EL TOMADOR** o **ASEGURADO** en la solicitud de seguro, de acuerdo con las condiciones generales y particulares del presente contrato y, en lo no previsto, conforme al régimen del código de comercio, ampara durante su vigencia y previo pago de la prima correspondiente, los bienes e intereses asegurados que figuren relacionados en la carátula de la póliza con su correspondiente valor asegurado, por los daños o pérdidas accidentales, súbitos e imprevistos que sufran como consecuencia directa de los riesgos cubiertos bajo los amparos contratados, ya sea que dichos bienes se hallen en actividad o reposo o hayan sido desmontados para fines de inspección, mantenimiento y/o reparación dentro de los predios asegurados y mientras éstos se hallen en el sitio, área geográfica, predios o dirección señalados en este contrato.

1. COBERTURA BÁSICA.

Bajo el amparo básico se cubren los bienes asegurados contra los riesgos que a continuación se describen y cualquier otro no expresamente excluido, ni amparado bajo una cobertura adicional expresamente contratada:

1.1 Incendio, extinción de incendio, impacto directo de rayo, combustión espontánea, trabajo de remoción de escombros derivado directamente de un evento amparado, caída de aeronaves o partes de ellas.

1.2 Explosión no ocurrida por un acto mal intencionado de cualquier persona o grupo de personas o terroristas.

1.3 Actos mal intencionados cometidos individualmente por empleados del asegurado, excepto cuando tales daños son ocasionados mediante el uso de elementos o artefactos explosivos.

1.4 Colisión con objetos en movimiento o estacionarios, volcamiento, descarrilamiento.

2. AMPAROS ADICIONALES.

Por convenio expreso según se indique en la caratula de la póliza y en virtud del pago de las primas adicionales respectivas, este seguro se extiende a cubrir los daños materiales que sufran los bienes descritos, como consecuencia directa de los siguientes eventos:

2.1 Terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami. en caso de terremoto, temblor o erupción volcánica, si varios siniestros ocurren dentro de cualquier período de 72 horas consecutivas, se tendrán como un solo siniestro y las pérdidas o daños que se causen

deberán estar comprendidos en una sola reclamación, sin exceder del total de la suma asegurada.

2.2 Las pérdidas o daños materiales que en su origen o extensión, sean causados por tifones, tornados, huracán o ciclón.

2.3 Deslizamiento, derrumbe, caída de rocas, hundimiento.

2.4 Las pérdidas o daños causados por hurto calificado, atendiendo únicamente los numerales 1 y 2 del artículo 240 del Código Penal.

2.5 Huelga, Asonada, Motín, Conmoción civil (HAMCC); Actos Mal Intencionados de Terceros (AMIT) y terrorismo.

2.6 Gastos adicionales por horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días feriados, flete expreso.

2.7 Gastos adicionales por flete aéreo.

3. EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

LA ASEGURADORA no es responsable por daño o pérdida alguna que en su origen o extensión, directa o indirectamente, se cause por los siguientes eventos:

3.1 Actos mal intencionados ocasionados por personal del **ASEGURADO** cuando haga uso de explosivos, ya sea que el acto se cometa individual o colectivamente, y actos mal intencionados de cualquier naturaleza, cometidos por un numero plural de empleados del **ASEGURADO**.

3.2 Defectos de los equipos existentes al iniciarse el seguro o preexistencias de los cuales tenga o no conocimiento el **ASEGURADO**.

3.3 Dolo o culpa grave del **ASEGURADO** o sus representantes legales o del personal directivo del mismo a quien este haya confiado la dirección y control de la empresa para el desarrollo de su objeto social.

3.4 Hurto simple de conformidad con su definición legal.

3.5 Hurto calificado conforme los numerales 3 y 4 del artículo 240 del Código Penal o los que lo modifiquen o sustituyan, que hacen referencia al hurto ocurrido: numeral 3, mediante penetración o permanencia arbitraria, engañosa o clandestina en lugar habitado o en sus dependencias inmediatas, aunque allí no se encuentren sus moradores; numeral 4, con escalamiento, con llave sustraída o falsa, ganzúa o cualquier otro instrumento similar, o violando o superando seguridades electrónicas u otras semejantes.

30/03/2018-1327-P-12-C-0000000000022-00DI
30/03/2018-1327-NT-P-12-MAQCON0303141521

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA A LA CUAL ACCEDE
1015-1709167-03

3.6 Daño o pérdida de equipos, herramientas y maquinaria que no se encuentren expresamente declarados.

3.7 Cualquier costo o gasto por concepto de mantenimiento, reparaciones, transporte, pintura y similares que no sean objeto de cobertura en este contrato.

3.8 Daños o pérdidas que sean consecuencia del desgaste, deformación, corrosión, herrumbre, deterioro por falta de uso, o debido a condiciones atmosféricas normales, agotamiento de cualquier parte de la maquinaria, fatiga de materiales o por el desgate paulatino debido al uso o trabajo normal.

3.9 El deterioro gradual a consecuencia de condiciones atmosféricas, tales como corrosión, herrumbre, incrustaciones, oxidaciones, cavitación, erosiones y similares.

3.10 Daños ocasionados por falta de mantenimiento o por someter los bienes asegurados, maquinaria o equipos, a condiciones anormales de trabajo, sobrecarga o uso en labores para los cuales no fueron construidos o diseñados.

3.11 Pérdidas o daños cuando no se cumpla con las instrucciones de los fabricantes y/o proveedores sobre la instalación, protección y funcionamiento de la maquinaria, publicado en sus manuales, folletos y/o tablas o con los reglamentos legales.

3.12 Defectos estéticos tales como rasguños, raspaduras o desperfectos a superficies pulidas, pintadas o esmaltadas.

3.13 Pérdidas o daños por los cuales sea responsable el fabricante, vendedor, proveedor de suministros, montaje, desmontaje, taller de reparación o mantenimiento del bien asegurado, o que contractualmente sea responsable bajo el contrato de garantía por las obras, actividades, labores y funciones a realizar según el objeto del contrato.

3.14 Pérdidas o daños a equipos tomados en arriendo por el **ASEGURADO**, por los cuales sea responsable el propietario, exista o no contrato de arrendamiento y/o mantenimiento.

3.15 Daños y responsabilidades consecuenciales de cualquier tipo y toda clase, lucro cesante, perdidas por demoras, pérdida de mercado, pérdida de utilidad o de otros beneficios o ventajas; paralización del trabajo, sea total o parcial.

3.16 Daños sufridos durante el transporte de los bienes, incluidos los daños durante las operaciones de cargue y descargue propios de una póliza general de transporte, siempre y cuando no se haya acordado otra disposición en contrario mediante anexo al contrato. Movilización del bien asegurado fuera del territorio colombiano.

3.17 Pérdidas o daños ocurridos cuando los bienes asegurados estén realizando obras subterráneas.

3.18 Pérdidas o daños de los bienes asegurados como consecuencia directa de rotura de

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

maquinaria, daño o avería interna, avería eléctrica, daño hidráulico o mecánico, congelación de refrigerante u otros líquidos, lubricación incorrecta o falta de aceites; sin embargo, si a consecuencia de una falla o interrupción de esa índole se produjera un accidente que provocara daños externos, serán indemnizables tales daños externos.

3.19 Pérdidas o daños por explosión de recipientes sometidos a presión de vapor o de líquidos y combustibles internos o de máquinas de combustión interna.

3.20 Toda clase de evento que no sea súbito, accidental e imprevisto.

3.21 Daños o pérdidas a vehículos de motor destinados y permitidos para transitar en carreteras públicas y provistos de una placa para tal fin, salvo que se trate de vehículos utilizados exclusivamente en el sitio, área geográfica, predios o dirección señalados en este contrato.

3.22 Daños o pérdidas de los bienes asegurados a causa de inundación total o parcial causada por mareas.

3.23 Daños o pérdidas causados por cualquier prueba de operación a que sean sometidos los bienes asegurados.

3.24 Daños o perdidas que se descubran solamente al efectuar un inventario físico o revisión de control, o faltantes de inventario.

3.25 Responsabilidad civil de cualquier tipo, sea contractual o extractontractual, incluidas la Responsabilidad civil patronal, responsabilidad civil vehículos propios y no propios, responsabilidad civil por accidentes de trabajo, responsabilidad civil consecuencial, responsabilidad civil por contaminación y/o polución.

3.26 Reparaciones provisionales efectuadas a los bienes asegurados sin aprobación previa de **LA ASEGURADORA** y los daños que ocasionen dichas reparaciones a otros bienes.

3.27 Daños o pérdidas por ausencia de servicio de vigilancia de firma especializada o vigilancia por parte del personal del **ASEGURADO**.

3.28 Abandono por cualquier causa de los bienes, maquinarias y equipos asegurados.

3.29 Abuso de confianza e infidelidad de empleados.

3.30 Bienes, maquinarias o equipos utilizados para cualquier actividad ilegal o que operen sin los permisos de autoridad competente.

3.31 Daños por actos de autoridad, cuando el equipo o maquinaria amparado sea retenido, decomisado, usado o destruido por las autoridades.

3.32 Daños o pérdidas provenientes de estafa, fraude, intento de fraude, chantaje, extorsión,

secuestro o desaparición de los bienes asegurados, multas y sanciones de todo tipo.

3.33 Equipos entregados por **EL ASEGURADO** a terceros en calidad de leasing, arrendamiento, comodato, préstamo, subarriendo, alquiler y cualquier otra modalidad.

3.34 Toda reclamación que sea objeto de otro tipo de seguro.

3.35 Movilización de los bienes asegurados por sus propios medios fuera del área geográfica indicada en la carátula de la póliza, salvo pacto en contrario.

3.36 Guerra internacional o civil, invasión, actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión, insurrección, revolución, sedición, perturbaciones o alborotos populares, conspiración, poder militar o usurpado, actividades de personas, que obren en conexión con organizaciones políticas, requisición o destrucción de bienes por orden de gobierno de hecho o derecho o de cualquier autoridad.

3.37 Reacciones nucleares, radiación nuclear o ionización, radiación o contaminación radiactiva, explosión de artefactos o armas nucleares.

3.38 Gastos u honorarios de intermediarios de seguros por cualquier tipo de servicio, consultoría o asesoría en el trámite de reclamaciones.

3.39 Daños o pérdidas causadas u ocurridas a los bienes asegurados, debido al uso de explosivos en el área, obra o proyecto donde se encuentre operando.

4. BIENES EXCLUIDOS.

Esta póliza no cubre:

4.1 Embarcaciones y/o naves y cualquier otro equipo flotante, vehículo automotor con licencia para transitar en vías públicas.

4.2 Bienes de propiedad de obreros o empleados del **ASEGURADO**.

4.3 Maquinaria y equipo que no tengan representación en Colombia.

4.4 Instalaciones y equipos para la explotación de petróleo, agua, gas y/o energía geotérmica. No se ampara equipo y maquinaria empleada en actividades petroleras o de hidrocarburos o gas que realicen labores de perforación, extracción y procesamiento del crudo o gas.

4.5 Ferrocarriles y trenes.

4.6 Satélites, vehículos espaciales, cohetes portadores y componentes de los mismos, recintos de lanzamiento, bienes y riegos inherentes a la aviación y navegación espacial.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

4.7 Catalizadores, combustibles, lubricantes, medios refrigerantes y otros medios de operación, sistemas hidráulicos, sistemas eléctricos, bandas de toda clase, cadenas, brocas, taladros, cuchillas, hojas de sierra, moldes, punzones, elementos y herramientas de moler o triturar, coladores, neumáticos, alambres y cables para conexiones, correas, bandas transportadoras y elevadoras, baterías, tubos flexibles, material para fugas y empaquetaduras a remplazar regularmente, matrices, dados, troqueles, rodillos, rodamientos, filtros de toda clase, llantas, muelles, herramientas, fieltros y telas, tamices, cimientos, así como toda clase de vidrios, esmaltes y similares, en general herramientas y equipos de vida útil corta.

4.8 Cualquier bien, equipo o maquinaria que se encuentre en el país sin legalizar, sin documentos o registrados con documentos ilegales.

5. SUMA ASEGURADA.

Corresponde al valor de reposición a nuevo del bien asegurado, incluyendo sus características, clase, modelo, capacidad, debe contemplar el costo de transporte, montaje e impuestos aduaneros.

6. PAGO DE LA PRIMA.

La prima debe ser pagada a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los anexos que se expidan con fundamento en ella. Transcurrido dicho plazo el contrato de seguro terminará automáticamente y dará derecho a **LA ASEGURADORA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del seguro.

7. SEGURO INSUFICIENTE.

Si en el momento de ocurrir una pérdida o daño amparado, los bienes asegurados tienen un valor superior a la suma asegurada como se indica en el numeral **5 SUMA ASEGURADA**, **EL ASEGURADO** se considera como su propio asegurador por la diferencia y por lo tanto soportará la parte proporcional de la pérdida o del daño no **ASEGURADO**.

8. DEDUCIBLE.

Es el monto y/o porcentaje pactado en esta póliza que invariablemente se descuenta de la indemnización y que, por lo tanto, queda a cargo del **ASEGURADO**. Aplicará aquel que resulte mayor, entre el monto establecido y el porcentaje calculado.

9. DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

Al ocurrir algún evento que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este seguro, **EL ASEGURADO** deberá:

30/03/2018-1327-P-12-C-0000000000022-00DI
30/03/2018-1327-NT-P-12-MAQCON0303141521

9.1 Notificarle por cualquier medio a **LA ASEGURADORA** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al momento en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

9.2 Tomar las medidas para evitar la extensión y propagación del siniestro.

9.3 Tomar todas las precauciones para preservar tanto la maquinaria y equipo afectado, como todo lo que pueda servir de evidencia o comprobación con respecto a dicho reclamo y no podrá efectuar ninguna alteración o reparación ni remover u ordenar la remoción de los escombros que haya dejado el siniestro, sin la autorización escrita de **LA ASEGURADORA**. Si la aseguradora no se hace presente en el lugar del siniestro dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la notificación por parte del asegurado sobre la ocurrencia, **EL ASEGURADO** podrá realizar tales actividades e iniciar la remoción de escombros.

9.4 En el evento que **EL ASEGURADO** decida reclamar deberá proporcionar a **LA ASEGURADORA** la siguiente información, sin perjuicio de la libertad probatoria:

- Informe escrito que determine las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el siniestro o tuvieron lugar las pérdidas materiales motivo de la reclamación.
- Factura y declaración de importación del bien afectado según el caso.
- Diagnóstico del daño y dos (2) presupuestos o cotizaciones para la reconstrucción, reemplazo o reparación de los bienes asegurados afectados.
- Hoja de vida del bien o equipo afectado y bitácora.
- De presentarse hechos delictuosos, formular denuncia penal ante la autoridad competente.

9.5 **LA ASEGURADORA** podrá solicitar los informes técnicos que considere necesarios con el fin de aclarar las causas que ocasionaron el siniestro, conservando la facultad para verificar la información correspondiente.

10. OPCIÓN PARA PAGAR LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA puede, a su elección, reparar o reconstruir, reponer o reemplazar los bienes dañados o perdidos, o pagarlos en efectivo.

Todo daño reparable será reparado, pero si el costo de reparación es igual o superior al valor de los bienes asegurados inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, el ajuste de la perdida se hará con base en la definición de pérdida total que apareceré en este contrato.

Los gastos de cualquier reparación provisional estarán a cargo de la aseguradora, siempre y cuando constituyan parte de la reparación definitiva. El costo de reacondicionamiento, modificaciones o mejoras, será a cargo del **ASEGURADO**.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

11. PÉRDIDA AL DERECHO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Además de las causales legales, **EL ASEGURADO** perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada por **EL ASEGURADO** fuere de cualquier manera fraudulenta, reticente o si en apoyo de la misma se hicieren o utilizaren declaraciones falsas, o se emplearen medios o documentos engañosos o dolosos por **EL ASEGURADO**, o por terceras personas obrando por cuenta del **ASEGURADO**, a fin de buscar un beneficio indebido.

12. DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO.

Cuando **EL ASEGURADO** sea indemnizado, los bienes salvados o recuperados quedarán de propiedad de **LA ASEGURADORA**. **EL ASEGURADO** participará proporcionalmente en el valor de venta del salvamento neto, teniendo en cuenta el deducible y el infraseguro, cuando hubiere lugar a este último.

Se entiende por salvamento neto, el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo, los gastos realizados por **LA ASEGURADORA** tales como los necesarios para la recuperación y comercialización de dicho salvamento.

13. DETERMINACIÓN DEL DAÑO INDEMNIZABLE.

La indemnización por pérdida o daño de los bienes asegurados se hace de conformidad con las siguientes definiciones:

13.1 Pérdida Total.

Cuando el costo de reparación de un bien o equipo es igual o mayor a su valor real, la pérdida se considera como total.

En caso de destrucción o pérdida total, la indemnización comprenderá el valor real del bien en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del daño. El valor real se obtiene deduciendo el demérito del valor de reposición o valor a nuevo del bien en el momento del siniestro.

Después de una indemnización por pérdida total, el seguro sobre el bien dañado expirará.

13.2 Pérdida Parcial.

La pérdida o el daño parcial incluyen los gastos en que necesaria y razonablemente deba incurrirse para dejar el bien en condiciones similares a las existentes inmediatamente antes del siniestro.

Estos gastos son el costo de reparación o reemplazo según facturas presentadas, incluyendo el costo de desmontaje, montaje, reconstrucción, flete ordinario y los impuestos de aduana, si los hay.

conviniéndose en que **LA ASEGURADORA** no responderá por los daños ocasionados por el transporte del bien objeto de la reparación o reemplazo, pero obligándose a pagar el importe de la prima del seguro de transporte que **EL ASEGURADO** debe tomar y que ampare el bien dañado durante su traslado hasta el taller donde se lleve a cabo la reparación y desde éste hasta su lugar de montaje original, siempre y cuando éstos se encuentren dentro del país.

13.2.1 Si las partes o piezas necesarias para una reparación no se fabrican o no se consiguen en el mercado, **LA ASEGURADORA** pagará al **ASEGURADO** el valor de las mismas según la última cotización conocida del fabricante o proveedor que se pueda obtener, con cuyo proceder habrá cumplido válidamente su obligación de indemnizar.

13.3 Los gastos extraordinarios de envíos por expreso y los fletes aéreos, o los trabajos en tiempos u horas extras, sólo se reconocen si se encuentran asegurados específicamente.

13.4 Cuando la reparación o parte de ella se haga en el taller del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** abonará el costo de la mano de obra y materiales empleados más el porcentaje sobre los salarios, para cubrir los gastos administrativos justificables.

13.5 Los gastos extraordinarios de envíos por flete expreso terrestre o aéreo, tiempo suplementario y trabajos ejecutados en domingos y días festivos se pagarán sólo cuando se aseguren específicamente.

13.6 Los gastos de cualquier reparación provisional serán por cuenta del **ASEGURADO** a menos que éstos constituyan parte de los gastos de la reparación definitiva. El costo de reacondicionamiento, modificaciones o mejoras efectuadas que no sean necesarios para la reparación del daño, correrán a cargo del **ASEGURADO**.

14. REDUCCIÓN DEL VALOR ASEGURADO Y LIMITE DE INDEMNIZACIÓN.

Cada indemnización pagada reduce la suma asegurada correspondiente para el bien afectado en el importe de la indemnización pagada por **LA ASEGURADORA**; en consecuencia, las indemnizaciones subsiguientes se hacen hasta el límite del monto restante, como consecuencia de las indemnizaciones pagadas.

La responsabilidad máxima de **LA ASEGURADORA** por uno o más siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, no excederá del valor o límite asegurado por cobertura menos el deducible pactado en la póliza.

Previa solicitud del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA**, a su discreción, podrá reajustar la suma asegurada, mediando el pago de la prima adicional a que haya lugar, cobrada en forma proporcional por el resto de la vigencia.

5173 21979

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

15. MODIFICACIÓN O AGRAVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o **EL TOMADOR**, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo y deberán notificar por escrito a **LA ASEGURADORA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **ASEGURADO** o del **TOMADOR** y, si le es extraña, dentro de los diez días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume una vez transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo, **LA ASEGURADORA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato.

La mala fe del **ASEGURADO** o del **TOMADOR** dará derecho a **LA ASEGURADORA** para retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable cuando **LA ASEGURADORA** haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

16. SUBROGACIÓN.

Una vez pagada la indemnización por parte de **LA ASEGURADORA**, ésta se subrogará por ministerio de la ley en todos los derechos que **EL ASEGURADO** tenga contra los terceros responsables del siniestro.

Sin embargo, se conviene expresamente que **LA ASEGURADORA** no ejercerá tales derechos, cuando los responsables sean trabajadores del **ASEGURADO** o de su contratista, si estos últimos se encuentran asegurados en la presente póliza.

17. REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

17.1 Por **EL ASEGURADO** en cualquier momento, mediante aviso por escrito a **LA ASEGURADORA** con indicación de la fecha efectiva de su decisión, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro, más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual.

17.2 Por **LA ASEGURADORA**, mediante noticia escrita al **ASEGURADO** enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

30/03/2018-1327-P-12-C-0000000000022-00DI
30/03/2018-1327-NT-P-12-MAQCON0303141521

5174 4920

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

POLIZA A LA CUAL ACCEDE
1015-1709167-03

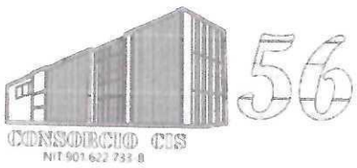
18. NOTIFICACIÓN.

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente documento se hará por escrito, salvo el aviso de siniestro que puede efectuarse por cualquier medio. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

19. DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

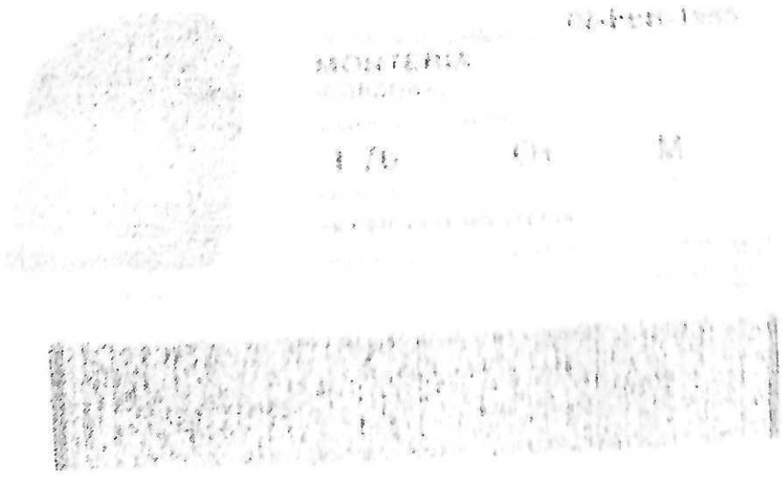
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
Representante Legal



DOCUMENTOS EMPLEADOS MEGAEQUIPOS

~~4927~~
5175





Powered by CamScanner

4922
5176

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 805.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 16 08 2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]; Código (a registrar por la EPS) [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) — A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: SIERRA | Segundo apellido: GARCIA | Primer nombre: ANDY | Segundo nombre: FABIAN
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1067933750
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 01 10 21 1991 15

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: NO
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: colmena
16. Administradora de Pensiones: colfondos
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia: M2 12 b17 — Teléfono Fijo: 312 717 9605 — Correo electrónico: andysierra0323@outlook.es
Municipio/Distrito | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | Localidad/Comuna | Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Mayoristas
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900042914
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cra 20C # 10C-25 (Dirección) | 4444914 (Teléfono) | gestionhumana7310@gmail.com (Correo electrónico) | Medellín (Municipio/Distrito) | Antioquia (Departamento)

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 1 de 2
03/2014

4923
5177

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo. ☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen. ☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad ☐ | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 16 08 2022

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código ☐ | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

ardy Fabián Sierra — 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Sara C — 55. El empleador, aportante [illegible]

Mega Equipos S.A.S.
EQUIPOS PARA CONSTRUCCION INDUSTRIA
NIT: 800.042.414-8

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE EN NI
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la [illegible] pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la ca[illegible] que ordene la afiliación de oficio.

OPERACIONES BARRANQUILLA
leonardo cervantes
DOCUMENTO PROCESADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de [illegible]	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 2 de 2

4924
5178

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	SIERRA GARCIA ANDY FABIAN
IDENTIFICACIÓN:	CC 1067838750
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	16/08/2022
CARGO:	AUXILIAR DE BODEGA OPERARIO COMPRESOR
CLASE:	5
TASA:	6,96
SALARIO:	$1.000.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE

DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	MEGAEQUIPOS S A S
CC /NIT:	NI 800042414
CONTRATO:	1110396
SEDE:	OBRA
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	01/09/2017
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO

La presente se expide a los 27 días del mes de diciembre del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 27/12/2022 8:44.25. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

4925
5179

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ANDY FABIAN SIERRA GARCIA
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1985-02-07 Edad: 37 A
Dirección MZ. 12 LT. 07
Empresa: MEGAEQUIPOS S.A.S.
Empresa en misión: MEGAEQUIPOS S.A.S.
Actividad económica:
Talla (mts): 1.8 Peso (kg): 89.0 IMC: 27,47 Grupo Sanguineo: O +

Identificación: CC 1067838750
Teléfono: 3127179605



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00199048 Fecha apertura: 20220812 06:34:35
Fecha cierre: 20220812 11:44:19
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: Auxiliar de Bodega

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA CLINICA,ESPIROMETRIA,Examen fisico con enfasis trabajo en alturas,EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

RECOMENDACIONES LABORALES

Inducción.
Asistir a controles medicos programados..

MANEJO POR EPS

Control de peso PP por EPS.
Valoración nutricionista.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de intensidad moderada diarios .

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control anual.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Observación
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO: aprobado.

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1067838750

NOTA: El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre antecedentes que pueden influir en su estado de salud que la información suministrada en este documento es cierta y se puede verificar

~~4926~~
5130

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANDY FABIAN SIERRA GARCIA identificado(a) con C.C No. 1.067.838.750, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de diciembre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

SuAporte | REPO E INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-12-27, 08:04:28 a. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 59846814

Periodo Cotización 202211 **Periodo Servicio** 202212

PAGADA 2022-12-05 15:06:03.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MEGAEQUIPOS SAS				
Documento	NI 800042414	**Dirección**	TRANSVERSAL 14 # 45 - 94		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4444814		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	52
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal	GIRALDO MURILLO CAMILO	**Identificación**	CC 8100756		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1067838750		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					SIERRA GARCIA ANDY FABIAN	23001000 - 23		CORDOBA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															2	2	2	2	2		V	$ 1.000.000	231001		16 %	$ 66.667	$ 10.700	$ 0	$ 0	ESSC07		4 %	$ 66.667	$ 2.700	$ 0	14-25		0.000 %	$ 66.667	$ 0	CCF16	0 %	$ 66.667	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0
								X							0	28	28	28	28		V	$ 1.000.000	231001		16 %	$ 995.834	$ 159.400	$ 0	$ 0	ESSC07		4 %	$ 995.834	$ 39.900	$ 0	14-25	5	6.960 %	$ 995.834	$ 69.400	CCF16	4 %	$ 995.834	$ 39.900	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASOCIACION MUTUAL SER	COLMENA VIDA Y RIESGOS	COMFACOR	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 170.100	$ 0	$ 0	$ 42.600	$ 69.400	$ 39.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

~~4928~~
5182

Salud Total EPS

Bogotá, Diciembre 27 de 2022

Señor:
PEREIRA RAMOS NEMESIO JOSE
CC. 1067854200
MZ 32 LT 7 BRR EL NIZPERO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se [illegible] Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PEREIRA RAMOS NEMESIO JOSE	1067854200	C	Dic-11-2013	107	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEREIRA FLOREZ KEILEB JOSE	1169463652	T	Jun-23-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Empleador	Cotizante	Tipo de Afiliación	Estado de Contrato
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	1067854200	Dependiente	CERRADO
CONSTRUEQUIPOS MONTERIA SAS	1067854200	Dependiente	CERRADO
DEPOSITO LAS CASAS LTDA	1067854200	Dependiente	CERRADO
MEGAEQUIPOS SA	1067854200	Dependiente	VIGENTE
NEMESIO JOSE PEREIRA RAMOS	1067854200	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Salud Total. Cualquier información adicional con gusto será atendida por el [illegible]

Cordialmente,

JAVIER CARRENO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: [illegible] población vinculada, [illegible] afiliación congelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, [illegible] suspensión por falta de pago, debe

~~4929~~
5183

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NEMESIO JOSE PEREIRA RAMOS identificado(a) con C.C No. 1.067.854.200, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de diciembre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

4930
5184

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: NEMESIO JOSE PEREIRA RAMOS
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1986-08-26 Edad: 35 A
Dirección EL NISPERO MZ 32 LOTE 7
Empresa: MEGAEQUIPOS S.A.S.
Empresa en misión: MEGAEQUIPOS S.A.S.
Actividad económica:
Talla (mts): 1.69 Peso (kg): 61.0 IMC: 21,36 Grupo Sanguineo: O +

Identificación: CC 1067854200
Teléfono: 3147120196



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00199140 Fecha apertura: 20220813 07:18:11
Fecha cierre: 20220813 10:37:16
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: CONDUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA CLINICA,ESPIROMETRIA,Examen fisico con enfasis trabajo en alturas,EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control medico anual.
Inducción.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control anual.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Observación
APTO PARA CONDUCIR
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO: aprobado.

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

PEREIRA RAMOS

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1067854200

NOTA: El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre antecedentes que pueden influir en su estado de salud, que la información suministrada en este documento es cierta y se puede verificar.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-12-27, 08:03:59 a. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 59846814

Periodo Cotización 202211 **Periodo Servicio** 202212

PAGADA 2022-12-05 15:06:03.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MEGAEQUIPOS SAS				
Documento	NI 800042414	**Dirección**	TRANSVERSAL 14 # 45 - 94		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4444814		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	52
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal	GIRALDO MURILLO CAMILO	**Identificación**	CC 8100756		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1067854200		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					PEREIRA RAMOS NEMESIO JOSE	23001000 - 23		CORDOBA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
								X							0	30	30	30	30		V	$ 1.200.000	23I001		16 %	$ 1.228.125	$ 196.500	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.228.125	$ 49.200	$ 0	14-25	5	6,960 %	$ 1.228.125	$ 85.500	CCF16	4 %	$ 1.228.125	$ 49.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	COMFACOR	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 196.500	$ 0	$ 0	$ 49.200	$ 85.500	$ 49.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

5126 4931

4932
5186

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	PEREIRA RAMOS NEMESIO JOSE
IDENTIFICACIÓN:	CC 1067854200
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	18/08/2022
CARGO:	CONDUCTOR
CLASE:	5
TASA:	6,96
SALARIO:	$1.200.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE

DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	MEGAEQUIPOS S A S
CC /NIT:	NI 800042414
CONTRATO:	1110396
SEDE:	OBRA
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	01/09/2017
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO

La presente se expide a los 27 días del mes de diciembre del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 27/12/2022 8:45:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

~~4933~~
5187

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIME JOSE TORRES GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.999.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

4934
5188



31-MAY-1997

MONTERIA
(CORDOBA)

1.70 A+ M

25-JUL-2015 MONTERIA

Powered by CamScanner

~~4935~~
5189

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	TORRES GONZALEZ JAIME JOSÉ
IDENTIFICACIÓN:	CC 1002999906
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	11/08/2022
CARGO:	AUXILIAR DE BODEGA
CLASE:	5
TASA:	6,96
SALARIO:	$1.000.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE

DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	MEGAEQUIPOS S A S
CC /NIT:	NI 800042414
CONTRATO:	1110396
SEDE:	OBRA
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	01/09/2017
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO

La presente se expide a los 27 días del mes de diciembre del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 27/12/2022 9:08:09. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

4936
5190

Monteria, 28 diciembre de 2022

A QUIEN LE INTERESE

Por medio de la presente certificado informo que el señor Jaime Jose Torres identificado con cedula de ciudadanía Nro 1.002.999.906 se encuentra laborando en **MEGAEQUIPOS S.A.S (GM RENTAL)** como operador de COMPRESOR DE DEMOLICIO el cual se encuentra certificado para su operación, con una experiencia de 5 meses.

Cualquier inquietud o duda favor comunicarse con los números registrados en la firma.

Darwin Yesid Hincapié Muñoz
Gerente sede Montería
PBX 444 48 14 ext 101

Powered by CamScanner

4937
5192

Montería, 28 diciembre de 2022

A QUIEN LE INTERESE

Por medio de la presente certificado informo que el señor Andy Fabian Sierra identificado con cedula de ciudadanía Nro 1.067.838.750 se encuentra laborando en **MEGAEQUIPOS S.A.S (GM RENTAL)** como operador de COMPRESOR DE DEMOLICIO el cual se encuentra certificado para su operación, con una experiencia de 7 meses.

Cualquier inquietud o duda favor comunicarse con los números registrados en la firma.

Darwin Yesid Hincapié Muñoz
Gerente sede Montería
PBX 444 48 14 ext 101

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1002999906
NOMBRES	JAIME JOSE
APELLIDOS	TORRES GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	28/09/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:40:44	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

1939
5/94

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

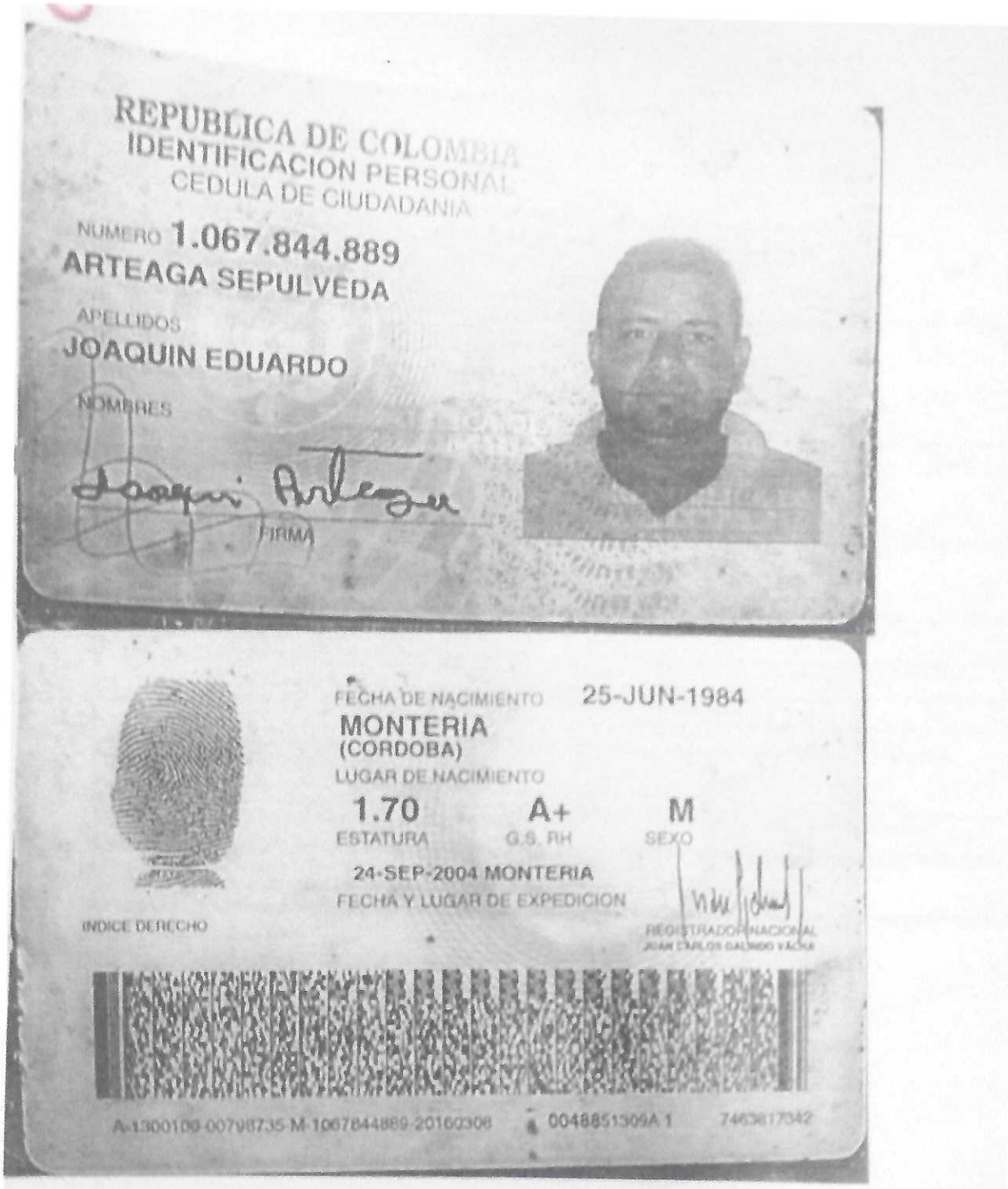
IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CONSORCIO CIS
NIT 901 622 731-8

56

DOCUMENTOS
RETROEXCAVADORA CASE

~~4940~~
5/95



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.844.889
ARTEAGA SEPULVEDA
APELLIDOS
JOAQUIN EDUARDO
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1984
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-SEP-2004 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1300109-00798735-M-1067844889-20160308 0048851309A 1 7463617342

~~4947~~
5196

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOAQUIN EDUARDO ARTEAGA SEPULVEDA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1067844889 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 28/12/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SANCHEZ SANCHEZ JOSE DAVID C10768048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5421001
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 27/12/2022 1.51 PM

Dirección IP: 186.83.113.252, 192.230.104.11, 172.16.42.57

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067844889		ARTEAGA SEPULVEDA JOAQUIN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	el mamey	COVEÑAS-SUCRE	8372432	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1832941679	9443978382	I	2022/12/22	2022/12/26	BANCOLOMBIA	4	$286,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1067844889	ARTEAGA JOAQUIN																		251001	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$285,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$285,000

2022/12/26 02:43 PM

4442
S192

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067844889		ARTEAGA SEPULVEDA JOAQUIN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	el maney	COVEÑAS-SUCRE	8372432	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1832941679	9443978382	I	2022/12/22	2022/12/26	BANCOLOMBIA	4	$286,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$700	$0	$160,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$160,000	$700	$0	$160,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$600	$0	$125,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$125,000	$600	$0	$125,600
TOTAL				1	$285,000	$1,300	$0	$286,300

2022/12/26 02:43 PM

~~4944~~
5199

Medellín, 12 de enero de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOAQUIN EDUARDO ARTEAGA SEPULVEDA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1067844889 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 13/01/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ANAYA SANCHEZ JOSE DAVID C10768048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5453002 - CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS AL MONTAJE Y/O REPARACION DE OLEODUCTOS
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - COVE¿AS
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5712201 - ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONSTRUCCION Y DE INGENIERIA CIVIL CON SUMINISTRO DE OPERARIOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5712201 - ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONSTRUCCION Y DE INGENIERIA CIVIL CON SUMINISTRO DE OPERARIOS
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5712201
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 12/01/2022 7.58 PM

Dirección IP: 181.57.50.61, 198.143.41.31, 172.16.42.57

~~4945~~
5200

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOAQUIN EDUARDO ARTEAGA SEPULVEDA identificado(a) con C.C No. 1.067.844.889, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de diciembre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

4946
5201

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

"Código Único para Aportantes y Afiliados a Regimen Subsidiado"

01 B 14777036

0108722196

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION ✓ — B. PORTABILIDAD DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante ✓ — B. Beneficiario

3. REGIMEN: C. Contributivo ✓ — S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: CO. Cotizante — CF. Cabeza de Familia — BE. Beneficiario

5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente — 3. Independiente ✓ — 7. Pensionado — 9. Independiente por prestación de servicios

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD: 20 12 2021

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO ARTEAGA — SEGUNDO APELLIDO SEPULVEDA — PRIMER NOMBRE JOAQUIN — SEGUNDO NOMBRE EDUARDO

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC

8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1067844889

9. SEXO: M

10. FECHA NACIMIENTO: 25 06 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ETNICO: Cultura — Cual — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colfondos

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 908.526

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: M 29 C # 26

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO: Villa Yolima

CIUDAD / MUNICIPIO: Montería

DEPARTAMENTO: Cordoba

ZONA: U ✓ — R

TELEFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3225626604

CORREO ELECTRÓNICO

CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR Datos de Identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1							F N M I P	
2							F N M I P	
3							F N M I P	
4							F N M I P	

32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR IPC AFILIADO ADICIONAL	EXCEPCIÓN AL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1		R U					1 2	
2		R U					1 2	
3		R U					1 2	
4		R U					1 2	

OFICINA (Nombre y código de la IPS) 2021 DIC. 20
HORA
NOMBRE ASESOR
RECIBIDO PARA ESTUDIO
CONSECUTIVO 11701011616

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Numero documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 22 11 2021 — CARGO: INDEPENDIENTE — SALARIO: 908.526

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DE NUMERO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TRASLADO DE LA AFILIACIÓN ENTRE EPS
Código
6. RETIRO DE LA EPS
7. INCLUSIÓN DE NUEVOS BENEFICIARIOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ASOCIACIÓN DE COBROS PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. NOVEDAD
AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
DEL REGIMEN SUBSIDIADO
14. TIPO DE AFILIADO
ACTUALIZACIÓN
REINTEGRO POR NOVEDAD
15. INICIO DE SUSPENSIÓN
16. REACTIVACIÓN POR TRÁMITE DE PAGO DE LICENCIAS
17. REACTIVACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS
18. REACTIVACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO

4917
5202

Dir: Cra 14 No. 18 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Teléfax: (4) 7863300 - (4) 7857581 - (4) 7932777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOAQUIN EDUARDO ARTEAGA SEPULVEDA Identificación: CC 1067844889
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1984-06-23 Edad: 38 A
Dirección: DG 8 TRANSV 34 N°3-106 B/P-3 Teléfono: 3215626004
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:
Talla (mts): 1.7 Peso (kg): 100.0 IMC: 34.60 Grupo Sanguíneo: A +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de ingreso

Orden No.: 00209162 Fecha apertura: 20221228 08:55:25
Fecha cierre: 20221228 08:44:150

Realizado en: Montería-Córdoba

Cargo u Oficio: Operador

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son absolutamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Este estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES MANEJO POR EPS

Inducción.
Asistir a controles medicos programados.

Control de peso PP por EPS.
Valoración nutricional.
Valoración por cirugía general.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Ejercicio físico 30 minutos de intensidad moderada diarios.

INGLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales orientados y al cargo señalados en la matriz riesgos de la empresa.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RECOMENDACIONES

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico Especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 7770/1995

Firma del Paciente
Tipo y No. Id.: CC 1067844889

Fecha Impresión 28/12/2022 Impreso por: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE Página 1 de 1

Powered by CamScanner

~~1948~~
5203

Libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

JOAQUIN EDUARDO ARTEAGA SEPULVEDA

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.067.844.889

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

NIVEL INTERMEDIO - OPERAR RETROCARGADOR DE ACUERDO CON EL MANUAL DEL EQUIPO.

Código: 270101085

n testimonio de lo anterior, se firma el presente en MONTERIA, A los Veinticuatro (24) días del mes de Septiembre de Dos Mil Quince (2015)

Firmado Digitalmente por
AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

1039091 - 24/09/2015
No Y FECHA REGISTRO

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTORA(E) CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA
REGIONAL CÓRDOBA

VIGENCIA
24 DE Septiembre DE 2018

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952300270101085CC1067844889C

4949
5204

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: JOAQUIN · EDUARDO

Apellidos: ARTEAGA · SEPULVEDA ·

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1067·844·889 ·

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 06 Año 1984

4950-
5205

Pagada

DIAN

Declaración de Importación

Privada | 500

1. Año 2020

Espacio reservado para la DIAN (A tes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente la ins ucción 81)

4. Número de Aceptación
482020000100848-1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
830110807

6. DV 7

11. Apellidos y nombres o Razón Social
PARTECUIPOS MAQUINARIA S A S

13. Dirección
CG 16 99 G 85 FONTIBON

14. Teléfono
4020200

15. Cód. Admo
48

16. Cód. Ciudad
11

17. Cód. Ciudad Mercancía
001

22. Número de Identificación Tributaria (NIT)
830008623

25. DV
6

26. Razón Social o Denominación o Nombre del Declarante o Autorizado
AGENCIA DE ADUANAS MECADUANAS SAS NIVEL 1

27. Tipo Usuario
26

28. Cód. Usuario
0261

29. Número Documento de Identificación
4554490

30. Apellidos y Nombres
CABRERA MACIAS ERIKA PATRICIA

31. Clase (02 Tipo declaración anulada)
02

32. Tipo Declaración
A. Liquidada

33. Cód.
3

34. No. Formulario Anterior
XXXXXXXXXXXXX

35. Año - Mes - Día
XXXX - XX - XX

36. Cód. Admo
XX

37. Declaración de Exportación No.
XXXXXXXXXXXXXX

38. Año - Mes - Día
XXXX - XX - XX

39. Cód. Admo
XX

40. Cód. Lugar Arribo/Salida/Ingreso de las Mercancías
CTG

41. Cód. Depósito
7201

42. No. Manifiesto de Carga
No. 1165750107248[illegible]

43. Año - Mes - Día
2020 - 02 - 23

44. Documento de Transporte
No. HHE-27600129

45. Año - Mes - Día
2020 - 02 - 14

46. Nombre Importador o Consignatario o Destinatario
ZHI INTERNATIONAL SA

47. Ciudad
LUGANO

48. Cód. País Exportador
767

49. Dirección, Importador o Consignatario o Destinatario
RIVA PARADISO 14- P.O. BOX 564 CH-6902

50. Teléfono
41919053043

51. No. de Factura
20051003079

52. Año - Mes - Día
2020 - 01 - 31

53. Cód. país recepción
249

54. Cód. Modo Transporte
1

55. Código de Ciudad
741

56. Cód. Depto/Prov
11

57. Empresa de Transportadora
EDUARDO L OERLEIN S A

58. Tasa de cambio $ cts
3,385.11

59. Subpartida Arancelaria
8429590000

60. Cód. Complemento Tarifa
XX

61. Cód. Suplemento Tarifa
XX

62. Cód. Modalidad
C 10

63. No. Cuotas Limitantes
XX

64. Valor Cuota USD
XXXX

65. Periodicidad del pago de la cuota
XX

66. Cód. país de origen
249

67. Cód. Acuerdo
XXX

68. Forma de pago de la importación
01

69. Tipo de importación
01

70. Cód. país compra
767

71. Peso bruto kgs
6,867.40

72. Peso neto kgs
6,867.40

73. Código Unidad Comercial
6

74. No. bultos
1

75. Subpartidas
1

76. Cód. unidad comercial
U

77. Cantidad comercial
1.00

78. Valor Total CIF
58,703.00

79. Valor factura USD
1,000.00

80. Valor Seguros USD
29.40

81. Valor Otros Gastos USD
0.00

82. Suma otros fletes, seguros y otros gastos USD
1,029.40

83. Ajuste valor USD
0.00

84. Valor aduana USD
59,823.00

85. Código negativo lista CIF
X

86. Número
XXXXXXXXXX

87. Cód. oficina
99

88. Año
XXXX

89. Programa No
XXXXXXXXX

90. Cód. tercero del Productor
0

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	202,507,639	0	0	0
IVA	19.00	202,507,639	38,476,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	38,476,000		0

91. Declaración de las mercancías clasificación y descripción de las mercancías e importación de productos sujetos a certificación o inscripción previa cuotas o cuyas marcas, señales y otros) (Si el campo es insuficiente continúe en el respaldo de este formulario)

00 202043820. Codigo UAP: 1245. Pedido Tramite: M0007. Declaracion(1-2). NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0425 DEL 09 MAYO DEL 2013, NOS A COGEMOS A LA RESOLUCION 057 DEL 13 DE ABRIL DE 2015, NOS ACOGEMOS AL PARAGRAFO 2 DEL ARTICULO 175 DEL DECRETO 1165 DE 2019. Cant (1) UNIDAD Producto: RETROCARGADORA SOBRE RUEDAS. Marca: CASE. Modelo: 580N. Referencias: 580N. Serial: NAC761846 CHASIS JJGN580NK KC761846. Uso o destino: INDUSTRIAL PARA REALIZAR EXCAVACION Y MOVIMIENTOS DE TIERRA.. AÑO DE FABRICACION 2019 AÑO MODELO 2020, M ODELO DE MOTOR: F4GE9454N*J60* MARCA DEL MOTOR: FPT S/N MOTOR: 001700149 COLOR NARANJA, VEHICLE NUMBER 005461975; INCLUYE BUCKET UNIVERSAL 24 PULGADAS Y BUCKET 93 PULGADAS Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU INSTALACION Y NORMAL FUNCIONAMIENTO // XXXXXXXXXXXXXXXXX

117. Valor pagos anteriores
0

118. Recibo oficial de pago a favor No.
XXXXXXXXXXXXX

120. Fecha
XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Adjudicación aduanera
Balance de leva le / Leva le automático

No hay declaración anterior

131. Espacio reservado uso exclusivo funcionario de Rubro es Externos

132. No. Aceptación declaración
48202000100848

133. Fecha
2020 02 17

134. Levante No.
482020000106876

135. Fecha
2020 02 26

136. Nombre

137. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora
(Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $
0

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora
(Número del adhesivo)

SYGA
Autoadhesivo 92e82000e01722
Fecha presentación 2020-02-17 17:17:12
Valor pagado $0

Fecha de Impresión : 2020-02-26 15:06:27

2020034800564762

4451
5206

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año 2020

Espacio reservado para la DIAN (4 tes de diligr. Dar este formulario los cumplimiento (a las siguientes es)

4. Número de formulario
48202000301608870-2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 830118867 | 6. DV 7 | 7. Apellidos y nombres o Razón Social PARTEQUIPOS MAQUINARIA S A S

8. Dirección CC 16 96 3 85 FONTIBON | 9. Teléfono 4926230 | 10. Cód. País 48 | 11. Cód. Dpto. 11 | 12. Cód. Ciudad Mu nicipio 001

24. Número de Identificación Tributaria (NIT) 830008623 | 25. DV 6 | 26. Razón social declarante o apoderado AGENCIA DE ADUANAS HECADUANAS SAS NIVEL 1 | 27. Tipo usuario 26 | 28. Cód. usuario 0261

29. Número documento de identificación 45547499 | 30. Apellidos y nombres CABRERA MACIAS ERIKA PATRICIA

31. Clase importador 02 | 32. Tipo declaración A Anticipada | 33. Cód. 9 | 34. No Formulario Anterior XXXXXXXXXXXXX | 35. Año - Mes - Día XXXX - XX - XX | 36. Cód. Admón. XX | 37. Declaración de Exportación No XXXXXXXXXXXXXX | 38. Año - Mes - Día XXXX - XX - XX | 39. Cód. Admón XX

40. Cód. lugar de ingreso de las mercancías CTG | 41. Cód. Depósito 7201 | 42. No. manifiesto de carga No 1155750107248I4 | 43. Año - Mes - Día 2020 - 02 - 23 | 44. Documento de transporte No HHE-27800129 | 45. Año - Mes - Día 2020 - 02 - 14

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior CNH INTERNATIONAL SA | 47. Ciudad LUGANO | 48. Cód. País Exportador 767

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior RIVA PARADISO 14- P.O. BOX 564 CH-6902 | 50. Teléfono 41919853643

51. No. de factura 2051003880 | 52. Año - Mes - Día 2020 - 01 - 31 | 53. Cód. país procede nte 249 | 54. Cód. M ode Tra nsporte 1 | 55. Código de Ma dora 741 | 56. Cód. Depto. Ofi cina 11 | 57. Empresa tra sportadora EDUARDO L GERLEIN S A | 58. Tasa de cambio $ cvs 3.385,11

59. Subpartida aran celaria 8429590000 | 60. Cód. Complemento tario XX | 61. Cód. Suplemento tario XX | 62. Cód. Modalidad C100 | 63. No. cuotas / meses XX | 64. Valor cuota USD XXXX | 65. Periodicidad del pago de la cuota XX | 66. País de origen 249 | 67. Cód. Acuerdo XXX

68. Forma de pago de la importa ción 01 | 69. Tipo de importación 01 | 70. Cód. país compra 787 | 71. Peso bruto kgs 6,867.45 | dom s | 72. Peso neto kgs 6,867.45 | dom s | 73. Código embalaje YY | 74. No. bultos 6 | 75. Su partidas 1 | 76. Cód. u idad comercial U | 77. Ca idad comc 1.00

78. Valor FOB USD 58,793.66 | 79. Valor Fletes USD 1,000.00

80. Valor Seguros USD 29.40 | 81. Valor Otros Gastos USD 0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD 1,029.40 | 83. Ajuste valor USD 0.00

84. Valor aduana USD 59,823.06 | 85. Código registro y lice cia X | 86. Número XXXXXXXXXX

87. Cod. ciudad 99 | 88. Año XXXX | 89. Programa No XXXXXXXXXX | 90. Cód. ter. o del Producto 0

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Ara cel	0.00	202,507,639	0	0	0
I VA	19.00	202,507,639	38,476,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compe satorios	0.00	0	0	0	0
Derechos A duaneros	0.00	0	0	0	0
Sa cio	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	38,476,000		0

91. Descripción de las mercancías (No. que la descripción de las mercancías a importar co. lo señalado en el ara cel de aduanas en la subpartida ara celaria - Y cuya marcas, serales y otros) (Si el campo es i suficie te co la información de este formulario)

DO 202043920. Codigo DAP: 1245. Pedido Tramite: MQ007. Declaracion(2-2) . NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DEL 09-MAYO DEL 2013, NOS A COGEMOS A LA RESOLUCION 057 DEL 13 DE ABRIL DE 2015, NOS ACOGEMOS AL PARAGRAFO 2 DEL ARTICULO 175 DEL DECRETO 1165 DE 2019. Cant (1) UNIDAD Producto: RETROCARGADORA SOBRE RUEDAS. Marca: CASE. Modelo: 580N. Referencia: 580N. Serial: NAC761844 CHASIS 3AFSN580RT NAC761844. Uso o destino: INDUSTRIAL PARA REALIZAR EXCAVACION Y MOVIMIENTOS DE TIERRA . AÑO DE FABRICACION 2019 AÑO MODELO 2020, M ODELO DE MOTOR: F4GE9454K*J60H MARCA DEL MOTOR: FPT S/N MOTOR: P0717H030 COLOR NARANJA, VEHICLE NUMERO: 0091613976 INCLUYE BUCKET UNIVERSAL 24 PULGADAS Y BUCKET 93 PULGADAS Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU INSTALACION Y NORMAL FUNCIONAMIENTO // XXXXXXXXXXXXXXXXXX

97. Valor pagos anteriores 0 | 128. Recibo oficial de pago a tenar No XXXXXXXXXXXXXX | 129. Fecha XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Aduana, ada ana Casillo de leva..te Leva..te automático

No hay declaración posterior

131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores

132. No. Aceptación declaración 4820200001008870

133. Fecha 2020 02 17

134. Leva..te No 4820200001008680 | 135. Fecha 2020 - 02 - 26 | Firma fu cio ana respo..sable | 136. Nombre | 137. C C No

Firma declara..te

997. Espacio exclusivo para el sello de la e..tidad recaudadora (Fecha efectiva de la tra sacción)

Coloque el timbre de la máqui a registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 0

995. Espacio para autoadhesivo de la e tidad recaudadora (Número del adhesivo)

SYGA
Autoadhesivo 92482000401747
Fecha prese tación 2020-02-17 17:18:45
Valor pagado $0

Fecha de Impresión : 2020-02-26 15:11:34

2020184479358I

4952
5207

HOJA DE MANTENIMIENTO EQUIPO MAQUICIVIL

INFORMACION DEL EQUIPO		FECHA ACTUAL	DIA: 03/ MES: 01/ AÑO: 2012
DESCRIPCION	RETROEXCAVADORA PAJARITA		
MARCA	CASE		
MODELO	580M		
CAPACIDAD	7 TONELADAS		
SERIE	NHC761844		
MOTOR	1718830		
CHASIS	JJGN580MYNC761844		

DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO Y OBSERVACIONES

CAMBIO DE ACEITE DESEL 15w-40 CADA 250 HORAS,REVISAR EL NIVEL DE ACEITE ANTES DE ENCENDERLO Y DEJARLO CALENTAR ANTES DE INICIAR EL USO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO CADA 250 HORAS

REALIZADO POR:	JUAN FABRICIO PAJARITA	OPERADO: JUAN FABRICIO PAJARITA

INFORMACION HORAS MANTENIMIENTO	INFORMACION HORAS ACTUAL
2193.2	2443.2

REPORTE DE MANTENIMIENTO REALIZADO

FECHA	TECNICO	DESCRIPCION GENERAL	TIPO DE MANTENIMIENTO	OBSERVACIONES
		Se realiza mantenimiento a la pajarita (Filtro, cambio de aceites y filtros	Preventivo	
			Correctivo	

LISTA DE CHEQUEO DE MANTENIMIENTO

SISTEMA DEL EQUIPO	ELEMENTOS DE SISTEMA	MALO	BUENO	CAMBIO	REPARADO	OBSERVACIONES
CABINA	espejos retrovisores		✓			
	cinturon de seguridad		✓			
	luz de cabina		✓			
	bocina de cabina		✓			
	bocina de reversa		✓			
	pasamanos		✓			
	Escaleras o estribos		✓			
	vidrio panoramicos		✓			
	limpia vidrios		✓			
	ventanas		✓			
	Extinguidor de fuego		✓			
SUSPENSION	llantas		✓			
	presion de lleno de llantas		✓			
SISTEMA DE FRENOS	frenos		✓			
	discos delfreno		✓			
	bombonas de aire		✓			
	freno de mano		✓			
	freno de parqueo operativo		✓			
SISTEMA HIDRAULICO	nivel de aceite hidraulico		✓	✓		Se realiza cambio de aceite hidraulico
	cilindro hidraulico		✓			
	valvulas		✓			
	mangueras		✓			
	cilindro hidraulico		✓			
SISTEMA DE DIRECCION	mangueras		✓			
	nivel de aceite de la direccion		✓			
	bomba de direccion		✓			
MOTOR	nivel de aceite		✓	✓		Se realiza cambio de aceite motor W15-40
	soporte de motor		✓			
	aspas del ventilador		✓			
	ventilador		✓			
	correa del motor		✓			
	tensores de correa		✓			
	nivel de liquido refrigerante		✓			
SISTEMA ELECTRICO	luz cenital		✓			
	cables de bateria		✓			
	El sistema de luces		✓			
	alternador		✓			
	cables		✓			
BARRA O CUCHILLA	bastidor		✓			
	cilindros o gatos		✓			
	pasadores		✓			
	bujes		✓			
SISTEMA DE TRANSMISION	caja de cambios		✓			
	la junta cardanicas y ejes		✓			
	los diferenciales		✓			

Powered by CamScanner

4953
5208

HOJA DE MANTENIMIENTO EQUIPO MAQUICIVIL

INFORMACION DEL EQUIPO

FECHA ACTUAL: DIA: 30 / MES: 05 / AÑO: 2022

DESCRIPCION	RETROEXCAVADORA PAJARITA
MARCA	CASE
MODELO	580N
CAPACIDAD	7 TONELADAS
SERIE	NLC761844
MOTOR	1718830
CHASIS	JJGN580NN7ZC761844



RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO

CAMBIO DE ACEITE DESEL 15w-40 CADA 250 HORAS,REVISAR EL NIVEL DE ACEITE ANTES DE ENCENDERLO Y DEJARLO CALENTAR ANTES DE INICIAR EL USO. EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO CADA 250 HORAS.

REALIZADO POR: LIBER ENRIQUE ZABALETA CEDULA: 1022731819

HORAMETRO INICIAL MANTENIMIENTO	HORAMETRO MANTENIMIENTO
2443.2	2693.2

REPORTE DE MANTENIMIENTO REALIZADO

PEDIDA	VENCIDO	DESCRIPCION GENERAL	TIPO DE MANTENIMIENTO	OBSERVACIONES
		Se realiza mantenimiento a la pajarita (Peña) cambio de aceites y filtros	Preventivo Correctivo	

LISTA DE CHEQUEO (OBSERVACIONES)

SISTEMA DEL EQUIPO	ELEMENTOS DE SISTEMA	BUENO	CAMBIAR	REPARARO	OBSERVACIONES
CABINA	Espejos retrovisores	✓			
	cinturon de seguridad	✓			
	luz de cabina	✓			
	bocina de cabina	✓			
	bocina de reversa	✓			
	pasamanos	✓			
	Escalevas o estribos	✓			
	vidrio panoramicos	✓			
	limpia vidrios	✓			
	ventanas	✓			
	Extinguidor de fuego	✓			
SUSPENSION	llantas	✓			
	presion de lleno de lantas	✓			
SISTEMA DE FRENOS	frenos	✓			
	discos delfreno	✓			
	bombonas de aire	✓			
	freno de mano	✓			
	freno de parqueo operativo	✓			
SISTEMA HIDRAULICO	nivel de aceite hidraulico	✓	✓		Se realiza cambio de aceite hidraulico y reparacion de fuga de aceite en una manguera
	cilindro hidraulico	✓			
	valvulas	✓			
	mangueras	✓		✓	
	cilindro hidraulico	✓			
SISTEMA DE DIRECCION	mangueras	✓			
	nivel de aceite de la direccion	✓			
	bomba de direccion	✓			
MOTOR	nivel de aceite	✓	✓		Se realiza cambio de aceite motor W15-40
	soporte de motor	✓			
	aspas del ventilador	✓			
	ventilador	✓			
	correa del motor	✓			
	tensores de correa	✓			
	nivel de liquido refrigerante	✓			
SISTEMA ELECTRICO	baterias	✓			
	cables de bateria	✓			
	El sistema de luces	✓			
	alternador	✓			
	cables	✓			
BALDE O CUCHILLA	bastidor	✓			
	cilindros o gatos	✓			
	pasadores	✓			
	bujes	✓			
SISTEMA DE TRANSMISION	caja de cambios	✓			
	la junta cardanicas y ejes	✓			
	las diferenciales	✓			

Powered by CamScanner

HOJA DE MANTENIMIENTO EQUIPO MAQUICIVIL

4954
5209

NOMBRE DEL TECNICO		FECHA ACTUAL	DIA: 23/ MES: 10/ AÑO: 2022
DESCRIPCION	RETROEXCAVADORA PAJARITA		
MARCA	CASE		
MODELO	580N		
CAPACIDAD	7 TONELADAS		
SERIE	NAC761844		
MOTOR	1718830		
CHASIS	JJGN580NR7XC761844		

RECOMENDACIONES DE USO Y MANTENIMIENTO

CAMBIO DE ACEITE DESEL 15w 40 CADA 250 HORAS,REVISAR EL NIVEL DE ACEITE ANTES DE ENCENDERLO Y DEJARLO CALENTAR ANTES DE INICIAR EL USO. EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO CADA 250 HORAS

REALIZADO POR:	LUIS ENRIQUE ZARAZATA	FECHA: 10222219

HOROMETRO INICIAL MANTENIMIENTO	PROXIMO MANTENIMIENTO
2693.2	2943.2

REPORTE DE MANTENIMIENTO REALIZADO

FECHA	TECNICO	DESCRIPCION GENERAL	TIPO DE MANTENIMIENTO	OBSERVACIONES
		Se realiza mantenimiento a la pajarita (Piña) cambio de aceites y filtros	Preventivo Correctivo	

LISTA DE CONTROL OPERACIONAL

SISTEMA DEL EQUIPO	ELEMENTOS DE SISTEMA	MALO	BUENO	CAMBIO	REPARADO	OBSERVACIONES
CABINA	Espejos retrovisores		✓			cambio de horometro
	cinturon de seguridad		✓			
	luz de cabina		✓			
	bocina de cabina		✓			
	bocina de reversa		✓			
	pasamanos		✓			
	Escaleras o estribos		✓			
	vidrio panoramicos		✓			
	limpia vidrios		✓			
	ventanas		✓			
	Extinguidor de fuego		✓			
SUSPENSION	llantas		✓		✓	cambio de llantas por nuevas
	presion de lleno de lantas		✓			
SISTEMA DE FRENOS	freno		✓			
	discos delfreno		✓			
	bombonas de aire		✓			
	freno de mano		✓			
	freno de parqueo operativo		✓			
SISTEMA HIDRAULICO	nivel de aceite hidraulico		✓	✓		Se realiza cambio de aceite hidraulico
	cilindro hidraulico		✓			
	valvulas		✓			
	mangueras		✓			
	cilindro hidraulico		✓			
SISTEMA DE DIRECCION	mangueras		✓			
	nivel de aceite de la direccion		✓			
	bomba de direccion		✓			
MOTOR	nivel de aceite		✓	✓		Se realiza cambio de aceite motor W15-40
	soporte de motor		✓			
	aspas del ventilador		✓			
	ventilador		✓			
	correa del motor		✓			
	tensores de correa		✓			
	nivel de liquido refrigerante		✓			
SISTEMA ELECTRICO	baterias		✓			
	cables de bateria		✓			
	El sistema de luces		✓			
	alternador		✓			
	cables		✓			
BALDE O CUCHILLA	bastidor		✓			
	cilindros o gatos		✓			
	pasadores		✓			
	bujes		✓			
SISTEMA DE TRANSMISION	caja de cambios		✓			
	la junta cardanicas y ejes		✓			
	los diferenciales		✓			

Powered by CamScanner

56

CONSORCIO CIS

NIT 901622731 8

DOCUMENTOS PERSONAL
ROBERT REVUELTAS

4955
5210


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
11.003.883
CONTRERAS DE HOYOS
LUIS CARLOS


FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1976
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-DIC-1996 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Salud total

4956
5211

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/666

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: LUIS CARLOS Apellidos: CONTRERAS DE HOYOS
Cédula de ciudadanía N° : 11,003,883
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_46_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

4957
5212

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C11003883	CONTRERAS DE HOYOS LUIS CARLOS	28/12/2022		F7282252	DEPENDIENTE	POR INICIAR

5.00 PM

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 09:03:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

~~1958~~
5213

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LUIS CARLOS CONTRERAS DE HOYOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.003.883,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1067850484
NOMBRES	DEINER SAMIR
APELLIDOS	CORDERO HOYOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	04/12/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:54:10	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

~~1961~~
5216


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.067.850.484
CORDERO HOYOS
DENNER SAMIR
DENNER CORDERO


FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1986
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G. S. RH
M
SEXO
11-ABR-2005 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

4962
5217

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0513/338

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 07/06/2022
Certificado para: **ARPA CONSULTORIAS S.A.S**
Ingreso___ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: DEINER SAMIR Apellidos: CORDERO HOYOS
Cédula de ciudadanía N° : 1,067,850,484
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_35_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO__, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para Curso en altura sin patologia____
Apto para Curso en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

SOLMEDIC INTEGRAL

~~4963~~
5218

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1067850484	CORDERO HOYOS DEINER SAMIR	28/12/2022		20622959	DEPENDIENTE	POR INICIAR

S. Torre. Pereira

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08.49.13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1964
5219

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

DEINER SAMIR CORDERO HOYOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.850.484,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

4965
5220

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	78706759
NOMBRES	EDUER ANTONIO
APELLIDOS	GOMEZ ANDRADES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	12/06/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:55:21	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

~~4967~~
5222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **78.706.759**
GOMEZ ANDRADES

APELLIDOS
EDUER ANTONIO

NOMBRES

Eduer Gomez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1971**
ARBOLETES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

03-AGO-1989 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0119200-00346400-M-0078706759-20111118 0028500612A 1 36974323

~~4968~~
5223

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/673

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: EDUER ANTONIO Apellidos: GOMEZ ANDRADES
Cédula de ciudadanía N° : 78,706,759
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_51_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO__, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

SOLMEDIC INTEGRAL

4969
5224

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C78706759	GOMEZ ANDRADES EDUER ANTONIO	28/12/2022		61241r12	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08:59:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4970
5225

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

EDUER ANTONIO GOMEZ ANDRADES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.706.759,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	15646630
NOMBRES	ELIECER
APELLIDOS	GALARCIO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	CERETE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	08/01/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:56:31	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1973
5228



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
15646630
NUMERO
GALARCIO GONZALEZ
APELLIDOS
ELIECER
NOMBRES
eliecer galarcio
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1977
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S RH SEXO
07-JUN-2002 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

4974
5229

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/675

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: ELIECER Apellidos: GALARCIO GONZALEZ
Cédula de ciudadania N° : 15,646,630
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_45_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

4975
5230

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C15646630	GALARCIO GONZALEZ ELIECER	28/12/2022		242Z1992	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08:44:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4996
5231

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ELIECER GALARCIO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.646.630,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1067883941
NOMBRES	JESUS DAVID
APELLIDOS	LARA BUELVAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	17/08/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:57:20	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

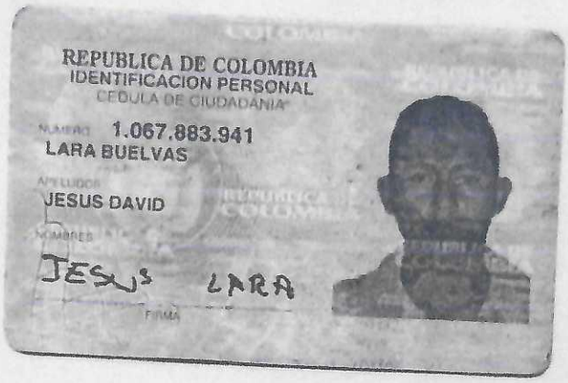
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

~~4979~~
5234


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.067.883.941
LARA BUELVAS
APELLIDOS
JESUS DAVID
NOMBRES
JESUS LARA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1990
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S RH
M
SEXO
10-MAR-2008 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1300100-00551323-M-1067883941-20140303
0037S0716ZA 1
7482774733

4980
5235

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/672

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JESUS DAVID Apellidos: LARA BUELVAS
Cédula de ciudadania N° : 1,067,883,941
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad: 32 años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: MAESTRO DE OBRA

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO__, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

SOLMEDIC INTEGRAL

~~4981~~
5236

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1067883941	LARA BUELVAS JESUS DAVID	28/12/2022		224171G1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Mutual Ser. CO/Fondo1

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08:55:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4982
5237

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JESUS DAVID LARA BUELVAS identificado(a) con C.C No. 1.067.883.941, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de diciembre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	11003883
NOMBRES	LUIS CARLOS
APELLIDOS	CONTRERAS DE HOYOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/05/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:58:08	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

~~4985~~
5240

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.821.212
VELEZ BALLESTA
APELLIDOS

ROBERT LUIS
NOMBRES

Robert Luis Vélez B.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1994
LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-SEP-2012 SAN BERNARDO DEL VIENTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

P-1304600-00417328 M 1070821212 20121218 0031903141A 1 38619832

~~4986~~
5241

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/669

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: REBERT LUIS Apellidos: VELEZ BALLESTA
Cédula de ciudadanía N° : 1,070,821,212
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_28_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO__, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

4987
5242

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1070821212	VELEZ BALLESTA ROBERT LUIS	28/12/2022		92212506	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Mutual Se... Protección

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08:43 06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4988
5243

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELEZ BALLESTA ROBERT LUIS** identificado(a) con **CC** número **1.070.821.212** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de diciembre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	78690756
NOMBRES	LUIS ANTONIO
APELLIDOS	JARAMILLO LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 15:58:58	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

4994
5246



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.690.756
JARAMILLO LOPEZ
APELLIDOS

LUIS ANTONIO
NOMBRES

Luis Jaramillo L
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1965
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUL-1984 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

4992
5247

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/670

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: LUIS ANTONIO Apellidos: JARAMILLO LOPEZ
Cédula de ciudadanía N° : 78.690.756
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_57_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO__, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado____ No Apto____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

4993
5248

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C78690756	JARAMILLO LOPEZ LUIS ANTONIO	28/12/2022		228B1573	DEPENDIENTE	POR INICIAR

S.78696.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08.52.46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

~~4994~~
5249

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LUIS ANTONIO JARAMILLO LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.690.756**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1064986332
NOMBRES	OSCAR ANDRES
APELLIDOS	GALARCIO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	CERETE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2019	04/12/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/30/2022 16:00:02	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

A996
5251

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1997
5252



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.064.986.332
GALARCIO GONZALEZ
APELLIDOS
OSCAR ANDRES
NOMBRES
Oscar Galarcio
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1997
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-NOV-2015 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0-1301000-00772681-M-1064986332-20151207 0047617193A 1 45877928

4998
5253

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0515/678

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 301 3037861
WWW.SOLMEDICINTEGRAL.COM
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 27/12/2022
Certificado para: **ROBERT ENRIQUE REVUELTAS ECHEVERRIA.**
Ingreso__X__ Egreso___ Periodicos___ Curso en altura__X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: OSCAR ANDRES Apellidos: GALARCIO GONZALEZ
Cédula de ciudadanía N° : 1,064,986,332
Sexo: Femenino__ Masculino_X_ Edad:_25_años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajo en altura sin patologia____
Apto para trabajo en altura con patologia que no interfieren__X__
Aplazado_____ No Apto_____

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS.

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

4999
5254

ARL | sura

Medellín, 27 de diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REVUELTAS ECHEVERRIA ROBERT ENRIQUE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1064986332	GALARCIO GONZALEZ OSCAR ANDRES	28/12/2022		q2422211	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Salud Total colfondos

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2022 08:46:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.182.229, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5000
5255

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR ANDRES GALARCIO GONZALEZ identificado(a) con C.C No. 1.064.986.332, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de diciembre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías