DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

ESPETOURS S.A.S
Empresa de Transporte de Servicio Especial y Turismo
Servicio para todos
NIT: 900.451.454-1

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 58b9dbc52ec913ac6ed9c13ccc86e1e5e52edc533f77850bad2755413961e0fc24909f235ea167a5607a9f91b4407e9e

Número de Factura: IB-435
Fecha de Emisión: 10/11/2023
Fecha de Vencimiento: 10/12/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
Nombre Comercial: EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
Nit del Emisor: 900451454
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4921

País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio / Ciudad: Ibagué
Dirección: CL 62 4 33 OF 201 BRR JORDAN ET 1
Teléfono / Móvil: 2719501
Correo: operaciones@espetours.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800100145
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio / Ciudad: Villahermosa
Dirección: Calle 8 N 4 42
Teléfono / Móvil: 3107640600
Correo: operaciones@espetours.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	20102301	Servicios especiales de transporte de pasajeros por carretera	DAY	28,00	$ 4.462.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 124.938.800,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR SEGÚN CONTRATO No 126 DEL 16 AGOSTO DE 2023
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-10 17:46:04
Documento generado el: 2023-11-10 17:46:03
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			124.938.800,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			124.938.800,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			124.938.800,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	124.938.800,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	4.372.858,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764057805192 Rango desde: 424 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2024-10-10

Ibagué, 10 de noviembre del 2023

Señores:
Municipio De Villahermosa Tolima

Ref. Informe de actividades Contrato de prestación de servicios No. 126, de 2023, **el cual tiene como objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESCOLAR PARA BENEFICIO DE ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA TOLIMA".**

Comedidamente me permito informar que la empresa por mi representada ha prestado el servicio de transporte escolar en el Municipio de Villahermosa - Tolima en cumplimiento del contrato referenciado en el asunto por un valor de COP 236.491.300 para ejecución en un plazo de (53) días calendario escolar, de los cuales se cubrieron 28 días de las rutas, RIO AZUFRADO, LA FLORESTA, BUENA VISTA, CAMPO ALEGRE, LA QUIEBRA, PRADO, LORENA, PRIMAVERA, LA PLAYA, GATO NEGRO, PATIBURRY, ESMERALDA, EL CASTILLO, LA JULIA, GUADUALITO, PALMITAL, TIUNFO, RESGUARDO del mes de septiembre, octubre y noviembre del año en curso.

INFORME DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, para dar cumplimiento al Objeto Contractual:

Actividad:
Se dio cumplimiento con cada uno de los Ítem exigidos en el Alcance del Objeto, como fueron:

garantizar transporte escolar a la población estudiantil que se beneficia de las Instituciones Educativas del municipio de Villahermosa, y que por el trayecto y la extensión rural del municipio se encuentran a distancias considerables de la Instituciones Educativas y sus sedes y así como disminuir la deserción escolar en el municipio.

Se realizó el recorrido de transporte escolar ida y regreso de los estudiantes matriculados en las diferentes Instituciones Educativas Públicas y residentes en las zonas los rurales de conformidad en el anexo técnico, documento que forma parte integral del presente contrato, como también de acuerdo a las actividades programadas del calendario escolar vigencia 2023 durante 28 días de prestación del servicio así:

INS. EDU	ORIGEN	ALUMNOS	CANTIDAD DIAS SERVICIO PRESTADO	FECHA DE EJECUCIÓN POR RUTA
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	RIO AZUFRADO -VILLAHERMOSA	20	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07,

				MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	LA FLORESTA -VILLAHERMOSA	22	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE	BUENA VISTA -VILLAHERMOSA	12	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26,

CALDAS				MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	CAMPO ALEGRE -VILLAHERMOSA	15	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04,

				JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	LA QUIEBRA -VILLAHERMOSA	26	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23,

				MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	PRADO -VILLAHERMOSA	10	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE**

				MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	LORENA -VILLAHERMOSA	15	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,

ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	PRIMAVERA - POTOSI	11	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO	LA PLAYA - POTOSI	12	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25,

JOSE DE CALDAS				MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
ESCUELA SUPERIOR IE FRANCISCO JOSE DE CALDAS	GATO NEGRO - VILLAHERMOSA	9	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03,

				MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA LAS PAVAS	PATIBURRY - PAVAS	20	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20,

				LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA LAS PAVAS	ESMERALDA - PAVAS	16	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31,

				NOVIEMBRE MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA LAS PAVAS	EL CASTILLO - PAVAS	12	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,

INSTITUCION EDUCATIVA LAS PAVAS	LA JULIA BAGAZAL - PAVAS	20	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA YARUMAL	EL CASTILLO - YARUMAL	15	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29,

				OCTUBRE LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA YARUMAL	GUADUALITO - YARUMAL	13	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17,

				MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA YARUMAL	PALMITAL - YARUMAL	13	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26,

				VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA YARUMAL	TRIUNFO - YARUMAL	18	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03,

				MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,
INSTITUCION EDUCATIVA YARUMAL	RESGUARDO - YARUMAL	32	28	**SEPTIEMBRE** VIERNES 22, LUNES 25, MARTES 26, MIÉRCOLES 27, JUEVES 28, VIERNES 29, **OCTUBRE** LUNES 02, MARTES 03, MIÉRCOLES 04, JUEVES 05, VIERNES 06, MARTES 17, MIÉRCOLES 18, JUEVES 19, VIERNES 20, LUNES 23, MARTES 24, MIÉRCOLES 25, JUEVES 26, VIERNES 27, LUNES 30, MARTES 31, **NOVIEMBRE** MIÉRCOLES 01, JUEVES 02, VIERNES 03, MARTES 07, MIÉRCOLES 08, JUEVES 09,

EVIDENCIA

*Adjunto planillas donde se evidencia la prestación de cada servicio y la certificación de los rectores de cada institución educativa, así cómo la documentación de los vehículos.

EJECUCIÓN TÉCNICA DEL CONTRATO

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD:

El municipio de Villahermosa Tolima estableció la necesidad de contratar la prestación de servicio de transporte escolar a la población estudiantil que se beneficia de las Instituciones Educativas del municipio de Villahermosa, y que por el trayecto y la extensión rural del municipio se encuentran a distancias considerables de la Instituciones Educativas y sus sedes y así como disminuir la deserción escolar en el municipio.

En razón a lo anterior, la alcaldía municipal de Villahermosa dio inicio a los trámites pre contractuales pertinentes, para la selección de la persona natural o jurídica, individual o en consorcio o unión temporal que ejecute los bienes y servicios bajo el proceso de SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No 015-2023 del cual resulté adjudicataria y procedí a suscribir el respectivo contrato y a la ejecución del mismo una vez se aportaron todos los documentos para su legalización.

CONDICIONES DEL CONTRATO: 236.491.300

NÚMERO DEL CONTRATO	**126 de agosto 01 del 2023**
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESCOLAR PARA BENEFICIO DE ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA TOLIMA".
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 236.491.300
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**ESPETOURS S.A.S**
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	NIT DE PERSONA JURÍDICA N°. 900.451.454-1
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	CÉDULA DE CIUDADANÍA NO..14.214.517 DE IBAGUE
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO	01 DE AGOSTO DE 2023
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO	16 DE AGOSTO DE 2023

PLAZO DE EJECUCIÓN	(53) días de calendario escolar a partir de la suscripción del acta de inicio, a partir de la suscripción del acta de inicio,
FORMA DE PAGO Y REQUISITOS	**FORMA DE PAGO :** La Entidad pagará al Contratista las sumas del valor del Contrato así: El valor del contrato, será cancelado mediante pagos parciales, una vez presentado informe que acredite el cumplimiento del servicio de acuerdo con lo establecido en el presente estudio previo previa radicación completa de la documentación y certificación por parte del supervisor del contrato adjuntando el comprobante de pago de aportes relativos al Sistema Integral de Seguridad Social, y parafiscales previa disponibilidad de PAC y el derecho al turno, una vez suscrita el acta de inicio y cumplimiento de los trámites de legalización y perfeccionamiento del contrato. La presentación de la factura debe contar con el lleno de los requisitos legales señalados en el Artículo 617 del Estatuto Tributario.

Por lo anterior se dio cumplimiento al contrato de la referencia, al personal de conductores y a los vehículos, así mismo informó que durante este periodo no se presenta novedad alguna con el personal transportado.

Cordialmente,



OMAR BELTRAN CASTAÑEDA
GERENTE

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14875924191

(415)7707212489984(8020) 000001487592419 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
ESPETOURS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
CL 62 4 33 OF 201 BRR JORDAN ET 1

42. Correo electrónico operaciones@espetours.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 1 9 5 0 1	3 1 6 8 2 5 1 8 7 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 9 2 1	2 0 1 1 0 6 2 4	4 5 3 0	2 0 2 2 1 1 1 0					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 11 - 10 / 14 : 53: 31

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

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

984. Nombre BELTRAN CASTAÑEDA OMAR
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.214.517

BELTRAN CASTAÑEDA

APELLIDOS

OMAR

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1953

ALPUJARRA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-JUN-1974 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00130415-M-0014214517-20081122 0006583356A 2 6410017134

VÁLIDO ÚNICAMENTE PARA TRÁMITE DE REPRESENTACIÓN LEGAL DE ESPETOURS

Certificado
Bancario

Miércoles, 26 de julio de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMPRESA DE SERV ESPECIALES ESP identificado(a) con NIT 900451454, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	59781362144	2017/08/28	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Ibagué, noviembre 10 de 2023

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo **OMAR BELTRÁN CASTAÑEDA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.214.517 de Ibagué, obrando en calidad de representante legal de ESPETOURS S.A.S., con Nit.900.451.454-1, y **SALVADOR TEATINO AVILA** en calidad de Contador, certificamos que la sociedad ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones, durante el mes de octubre por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y pago de aportes parafiscales (aportes a Salud, aportes al Fondo de Pensiones, aportes a Riesgos Laborales, aportes a La Caja de Compensación Familiar, aportes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje Sena).

Esta certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2008.

OMAR BELTRÁN CASTAÑEDA
Representante Legal ESPETOURS S.A.S.
C. C. No. 14.214.517 de Ibagué
No. del NIT 900.451.454-1

SALVADOR TEATINO AVILIA
CONTADOR
C.C No. 14229145 de Ibagué
T.P. 30406-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

137F17A34BBB86C7

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **SALVADOR TEATINO AVILA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 14229145 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 30406-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Agosto de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



República de Colombia

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

30406-T

SALVADOR
TEATINO AVILA
C.C 14.229.145
RESOLUCION INSCRIPCION 1405-T FECHA 12-IX-91
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. DE IBAGUE

Presidente

0#137586



A-VOID NULA-VOID NULA-VOID NULA-VOID NULA-
VOID NULA VOID NULA-VOID NULA-VOID N

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
...cemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
...nisterio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.229.145**

TEATINO AVILA

APELLIDOS

SALVADOR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1957**

RONCESVALLES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-OCT-1977 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00130551-M-0014229145-20081122 0005644608A 2 6410011929

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Planilla Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				**7899458976**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:				6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/10/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			225557818

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 185.600	$ 1.200	$ 186.800
230201	230201- PROTECCION	3	$ 556.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 556.800	$ 3.500	$ 560.300
230301	230301-PORVENIR	3	$ 488.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 488.800	$ 3.100	$ 491.900
SUBTOTALES:										**$ 1.231.200**	**$ 7.800**	**$ 1.239.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 300	$ 0	$ 46.400	$ 300	$ 0	$ 46.700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.600	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 168.600	$ 1.100	$ 0	$ 169.700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 300	$ 0	$ 46.400	$ 300	$ 0	$ 46.700
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 300	$ 0	$ 46.400	$ 300	$ 0	$ 46.700
SUBTOTALES:													**$ 307.800**	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 309.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	7		$ 0	$ 0		$ 0	$ 290.600	$ 290.600	$ 1.900	$ 0	$ 292.500
SUBTOTALES:									**$ 290.600**	**$ 1.900**	**$ 0**	**$ 292.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	7	$ 307.800	$ 2.000	$ 309.800
SUBTOTALES:			**$ 307.800**	**$ 2.000**	**$ 309.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1110462936	TORRES QUIROGA DIEGO ARMANDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
2	CC 1110469423	BELTRAN ZAMBRANO OMAR FRANCISCO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
3	CC 1110494785	LONDOÑO CUBIDES CRISTIAN ORLANDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI	12																
4	CC 5821066	GARZON JOSE LEONARDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
5	CC 5823369	ROBAYO SUAREZ EVER	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
6	CC 5828365	JIMENEZ PEÑA JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
7	CC 93374382	TABARES HERRERA HONORIO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
3	230301-PORVENIR	19	$ 734.667	$ 117.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 117.600
4	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
5	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
6	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
7	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100
3	EPS002-SALUD TOTAL	19	$ 734.667	$ 29.400	$ 0	$ 29.400	14-11 - ARL SURA	19	$ 734.667	46	$ 32.000
4	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500
5	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500
6	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500
7	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	19	$ 734.667	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 29.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 2.151.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				**7900204552**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				209863024

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.200	$ 0	$ 371.200
SUBTOTALES:										**$ 371.200**	**$ 0**	**$ 371.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 46.400
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:													**$ 92.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 92.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 101.000	$ 101.000	$ 0	$ 0	$ 101.000
SUBTOTALES:									**$ 101.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 101.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	2	$ 92.800	$ 0	$ 92.800
SUBTOTALES:			**$ 92.800**	**$ 0**	**$ 92.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 93364471	MUÑOZ CHAPARRO LUIS CARLOS	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
2	CC 93371531	TAFUR VIÑA ALBERTO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500
2	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 657.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7900210498**		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		209880347	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
230201	230201- PROTECCION	2	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.200	$ 0	$ 371.200
SUBTOTALES:										**$ 742.400**	**$ 0**	**$ 742.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 92.800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 92.800
SUBTOTALES:													**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 202.000	$ 202.000	$ 0	$ 0	$ 202.000
SUBTOTALES:									**$ 202.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 202.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	4	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:			**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																							PENSIÓN									SALUD						ARP										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 1110560446	VILLANUEVA BUCURU JUAN ISRAEL	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 14240439	SANABRIA PARRA JAIME ERNESTO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 80031369	MENDEZ CARDENAS CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 86043869	CASABIANCA SALAZAR JAIRO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.315.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7900203920**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		209855142	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:													**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 46.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 80.800	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 80.800
SUBTOTALES:									**$ 80.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 80.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	1	$ 46.400	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:			**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 46.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES													
																												PENSIÓN									SALUD						ARP																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 14269746	DEVIA BERMUDEZ GUILLERMO	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 1.160.000	FIJO			SI																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	3	$ 80.800	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 173.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7900205133**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	209870874

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:													**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 46.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 50.500	$ 50.500	$ 0	$ 0	$ 50.500
SUBTOTALES:									**$ 50.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 50.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	1	$ 46.400	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:			**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 46.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 93389447	HERRERA PARRA JOSE ALBEIRO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	46	$ 50.500

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 328.900**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900451454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CLL 62 #4 - 33 JORDAN 1 ETA P2 OF 201	TELÉFONO:	2740707
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Transporte de pasajeros.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7899456361**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				209844479

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 457.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 457.600	$ 0	$ 457.600
SUBTOTALES:										**$ 457.600**	**$ 0**	**$ 457.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.400	$ 0	$ 0	$ 114.400
SUBTOTALES:													**$ 114.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 114.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.000	$ 15.000	$ 0	$ 0	$ 15.000
SUBTOTALES:									**$ 15.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	2	$ 114.400	$ 0	$ 114.400
SUBTOTALES:			**$ 114.400**	**$ 0**	**$ 114.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1110583314	MENDEZ VERANO YUSETH PAOLA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
2	CC 5820328	SALGUERO TRIANA JOHANN RICARDO	DEPEND		$ 1.700.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.700.000	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 272.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.700.000	$ 68.000	$ 0	$ 68.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.700.000	1	$ 8.900

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.700.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 701.400**

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **FERDINANDO GIL CHAVEZ**, identificado(a) con **CC** número **6027355** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ESTEBAN ANTONIO ALARCON AGUDELO**, identificado(a) con **CC** número **6027743** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **HERNANDO ARIAS LOPEZ**, identificado(a) con **CC** número **16111541** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ORLANDO RIVERA PADILLA**, identificado(a) con **CC** número **18490443** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **NORBEY ARBELAEZ VALLEJO**, identificado(a) con **CC** número **93011124** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

![compensar | miplanilla.com]

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JORGE ALEXANDER URREGO RUIZ**, identificado(a) con **CC** número **93011610** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **LUIS GABRIEL PABON LOMBANA**, identificado(a) con **CC** número **93297794** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **WILMAR AUGUSTO RUIZ GARCIA**, identificado(a) con **CC** número **93297808** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JOHN FREDY PINEDA GONZALEZ**, identificado(a) con **CC** número **93298724** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ORLANDO LOZANO NUÑEZ**, identificado(a) con **CC** número **93299894** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **DIEGO BERNARDO MARTINEZ ZULETA**, identificado(a) con **CC** número **1104699376** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JORGE LEONARDO SANABRIA FORERO**, identificado(a) con **CC** número **1104703002** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **LEONARDO GUTIERREZ TRIANA**, identificado(a) con **CC** número **1111452158** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. M	900156264	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **SANTIAGO OROZCO RIOS**, identificado(a) con **CC** número **1111452912** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **YEISON MARTINEZ ROMERO**, identificado(a) con **CC** número **1111453113** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810877** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0	X														0			Agosto - 2023	71810877	20/10/2023	S
Salud	EPS002	Salud Total EPS	800130907	1	0	X														0			Septiembre - 2023	71810877	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **FERDINANDO GIL CHAVEZ**, identificado(a) con **CC** número **6027355** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ESTEBAN ANTONIO ALARCON AGUDELO**, identificado(a) con **CC** número **6027743** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **HERNANDO ARIAS LOPEZ**, identificado(a) con **CC** número **16111541** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ORLANDO RIVERA PADILLA**, identificado(a) con **CC** número **18490443** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **NORBEY ARBELAEZ VALLEJO**, identificado(a) con **CC** número **93011124** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JORGE ALEXANDER URREGO RUIZ**, identificado(a) con **CC** número **93011610** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **LUIS GABRIEL PABON LOMBANA**, identificado(a) con **CC** número **93297794** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **WILMAR AUGUSTO RUIZ GARCIA**, identificado(a) con **CC** número **93297808** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JOHN FREDY PINEDA GONZALEZ**, identificado(a) con **CC** número **93298724** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **ORLANDO LOZANO NUÑEZ**, identificado(a) con **CC** número **93299894** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **DIEGO BERNARDO MARTINEZ ZULETA**, identificado(a) con **CC** número **1104699376** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **JORGE LEONARDO SANABRIA FORERO**, identificado(a) con **CC** número **1104703002** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **LEONARDO GUTIERREZ TRIANA**, identificado(a) con **CC** número **1111452158** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **SANTIAGO OROZCO RIOS**, identificado(a) con **CC** número **1111452912** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SERVICIOS EMPRESARIALES**, identificada con **NI** número **901272290**, aportó por el empleado **YEISON MARTINEZ ROMERO**, identificado(a) con **CC** número **1111453113** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **71810171** para el periodo de salud **2023-10** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	1	0															0		30	$1.160.000		Septiembre - 2023	71810171	20/10/2023	S
Salud	EPS002	Salud Total EPS	800130907	1	0															0		30	$1.160.000		Octubre - 2023	71810171	20/10/2023	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000333021	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

TOMADOR	EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS	CIUDAD	IBAGUE TOLIMA	No. DOC. IDENTIDAD	900451454
DIRECCIÓN	CARRERA 5 NO 64 –65 SEC ARKACENTRO			TELÉFONO	2719501
ASEGURADO	ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DE SERVIC	CIUDAD		No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	
BENEFICIARIO	LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LO			No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EMITE POLIZA PARA EL TOMADOR EN ASUNTO

NOMBRE DEL AMPARO	SUMA ASEGURADA $	VALOR PRIMA $
TOUR_2 MUERTE ACCIDENTAL	$116,000,000.00	$30,250.00
TOUR_2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$116,000,000.00	$0.00
TOUR_2 DESMEMBRACIÓN	$116,000,000.00	$0.00
TOUR_2 GASTOS MÉDICOS	$116,000,000.00	$0.00
TOUR_2 AUXILIO FUNERARIO POR ACCIDENTE	$1,160,000.00	$0.00
TOUR_2 GASTOS TRASLADO	$1,160,000.00	$0.00
TOUR_2 REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ	$5,000,000.00	$0.00
	TOTAL ASEGURADO	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
D & A AGENCIA DE SEGUROS INTEGRAL LIMITADA	AGENCIAS	100.0

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA	TIPO COASEGURO

CONVENIO DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO
Contado	

PRIMA BRUTA	$
DESCUENTOS	$
EXTRA PRIMA	$
PRIMA NETA	$
GASTOS EXP.	$
IVA	$
TOTAL A PAGAR	$

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000333021	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR: CADA CONDUCTOR QUE TENGA RESOLUCIÓN PARA PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN VEHÍCULO PARTICULAR OTORGADO POR EL MUNICIPIO.
ASEGURADOS: ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN VEHÍCULO PARTICULAR OTORGADO POR EL MUNICIPIO.
BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY

¿QUE TE CUBRIMOS?

A CONTINUACIÓN, TE PRESENTAMOS LAS PRINCIPALES COBERTURAS DEL PRODUCTO.

1.MUERTE ACCIDENTAL
SEGUROS MUNDIAL TE CUBRE EN CASO DE MUERTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

2.INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA SE PRODUCE RESPECTO AL ASEGURADO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O ENTIDAD FACULTADA PARA HACERLO CONFORME A LA LEY, CON UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

(ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL)

3.DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA, EL ASEGURADO SUFRE UNA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA% INDEMNIZACIÓN
1. MUERTE100%
2. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA100%
3. PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE100%
4. CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS100%
5. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS100%
6. SORDERA TOTAL BILATERAL100%
7. PÉRDIDA DEL HABLA100%
8. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA60%
9. PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO50%
10. SORDERA TOTAL UNILATERAL50%
11. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA50%
12. PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA50%
13. PÉRDIDA DE UN (1) PIE40%
14. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA30%
15. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA30%
16. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO25%
17. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE25%
18. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO25%
19. COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA25%

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA% INDEMNIZACIÓN
20. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO20%
21. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE20%
22. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO20%
23. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA20%
24. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA20%
25. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO15%
26. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO15%
27. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO15%
28. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO12%
29. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO10%
30. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO10%
31. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO8%
32. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO8%
33. PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES8%
34. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO7%
35. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO5%

(ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE)

4.GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ POR REEMBOLSO EL VALOR DE LOS GASTOS GENERADOS Y DEBIDAMENTE FACTURADOS, SIN EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO. ESTOS SERVICIOS DEBERÁN SER PRESTADOS POR PROFESIONALES Y ENTIDADES DEBIDAMENTE HABILITADOS.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DEL SOAT.

LOS MEDICAMENTOS Y TERAPIAS FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR EL ACCIDENTE.

5.AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:
SI EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER DE FORMA ACCIDENTAL, SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARA HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO EN LA PÓLIZA LOS GASTOS DE ENTIERRO DEL ALUMNO ASEGURADO. ESTE ES UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

6.GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE:
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SE REQUIERE DEL TRASLADO DE UN ALUMNO ASEGURADO (EN AMBULANCIA O TAXI), SE RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO EL VALOR DEL TRASLADO HASTA POR LA SUMA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000333021	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

7.REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE:
SI EL ASEGURADO QUEDA EN ESTADO DE INVALIDEZ A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y ESTE ES DEBIDAMENTE CALIFICADO DE CONFORMIDAD CON LA LEY 100, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO LOS GASTOS DE: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, VALORACIÓN NUTRICIONAL Y SICOLÓGICA, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, RESPIRATORIA Y DE LENGUAJE, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y GASTOS DE CURACIÓN.
ESTA COBERTURA OPERA POR REEMBOLSO

8.INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:
LA ASEGURADORA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA DE 1 SMDLV (SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE) POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONSECUTIVO DIAGNOSTICADO POR EL MÉDICO TRATANTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO OCURRIDO DURANTE EL TRAYECTO DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

EL LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO A PAGAR SERÁ DE 30 SMMLV. CONOCE LAS CONDICIONES DE TODAS NUESTRAS COBERTURAS EN EL CLAUSULADO GENERAL DEL PRODUCTO *

¿QUE NO TE CUBRIMOS?

LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN ESTA PÓLIZA NO SE PAGARÁN SI LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CAUSAS:

A) HERNIAS, VARICES O EVENTRACIONES U OCLUSIONES INTESTINALES.

B) PARTICIPACIÓN EN ACTOS DELICTUOSOS O QUE ALTEREN EL ORDEN PÚBLICO, TALES COMO HUELGAS, MANIFESTACIONES PÚBLICAS, ASONADAS, GUERRA, MOTÍN, INSURRECCIÓN O ACTO ALGUNO RELACIONADO CON LOS MISMOS.

C) SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO.

D) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE EN VUELO.
E) ACCIDENTES AÉREOS QUE SUFRA EL ASEGURADO VIAJANDO COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, O EN VUELOS ESPECIALMENTE FLETEADOS Y EN GENERAL, EN CUALQUIER TIPO DE VUELO NO REGULAR.

F) FENÓMENOS SÍSMICOS O VOLCÁNICOS, INUNDACIONES O LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA, FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

G) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS O COMPETENCIAS UTILIZANDO ANIMALES, VEHÍCULOS TERRESTRES, ACUÁTICOS, AÉREOS O DURANTE ENTRENAMIENTO PARA ESTAS PRUEBAS.

H) POR LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE DROGAS HEROICAS, ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.

I) PRÁCTICA DEL TOREO, ARTES MARCIALES, EQUITACIÓN O BOXEO.
J) MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VINCULADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORE A CUALQUIER CUERPO ARMADO, MUNDIAL SEGUROS LE DEVOLVERÁ LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACIÓN DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADA A PRORRATA.

K) LAS AFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, COMO, POR EJEMPLO, MALARIA, TIFO EXAN TEMÁTICO, FIEBRE AMARILLA.

L) ACTOS MALINTENCIONADOS O DOLOSOS DE OTRA PERSONA, SALVO EL CASO QUE SE DECLARE POR SENTENCIA EJECUTORIADA COMO HOMICIDIO CULPOSO O LESIONES PERSONALES CULPOSAS.

M) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONMOCIONES CIVILES QUE REVELAN EL CARÁCTER DE REBELIÓN POPULAR, PODER MILITAR O USURPACIÓN.

N) ACTOS DE TERRORISMO.

OFERTA ECONÓMICA
AMPAROSVALOR ASEGURADO

MUERTE ACCIDENTAL100 SMMLV
$116.000.000

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE100 SMMLV
$116.000.000

DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE100 SMMLV
$116.000.000

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE100 SMMLV
$116.000.000

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL$1.160.000

GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE$1.600.000

REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE$5.000.000

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE100 SMMLV
$116.000.000

PRIMA VIGENCIA TRES MESES POR ASEGURADO$ 30.250

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD$ 300.000.000

SOLO OPERA PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCURRIDOS EN EL VEHÍCULO PARTICULAR AUTORIZADO PARA REALIZAR TRANSPORTE ESCOLAR Y DURANTE LOS TRAYECTOS DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000333021	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

LAS PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES A PASAJEROS NO REEMPLAZAN A LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL QUE PIDE EL DECRETO 170–171–172–174–175 DEL 2001 Y/O DEMÁS PÓLIZAS OBLIGATORIAS QUE LLEGARAN A SER REQUERIDAS, LO ANTERIOR DEBIDO A QUE NUESTRA COMPAÑÍA NO COMERCIALIZA PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DE PASAJEROS VEHÍCULOS TERRESTRES.

¿QUE HACER EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CUALQUIER COBERTURA?

CONSULTA LOS REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

UNA VEZ PRESENTADOS TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE, AUN, EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CONOCE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE TU OFERTA

COMERCIALIZACIÓN DEL PRODUCTO: MANDATORIO
GRUPO MÍNIMO DE ASEGURADOS: 10

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:
MÍNIMA INGRESO: 1 AÑOS
MÁXIMA INGRESO: 59 AÑOS
PERMANENCIA HASTA 60 AÑOS

¿QUE PERSONAS NO PODREMOS ASEGURAR?

NO SON PERSONAS ASEGURABLES, CLIENTES REPORTADOS EN LA LISTA OFAC Y/O CUALQUIER OTRA LISTA VINCULANTE PARA COLOMBIA, O AQUELLAS PERSONAS QUE DENTRO DEL DUE DILLIGENCE QUE EFECTÚA LA COMPAÑÍA SE ENCUENTREN VINCULADAS EN ACTIVIDADES AL MARGEN DE LA LEY, DELITOS O SITUACIONES CONEXAS CON ACTIVIDADES ILÍCITAS O DELICTIVAS.

¿QUE DOCUMENTOS NECESITAS PARA ADQUIRIR TU SEGURO?

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (SARLAFT) DEBIDAMENTE DILIGENCIADO
COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TOMADOR
RUT O CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO MAYOR A 90 DÍAS.
FORMATO DE RELACIÓN DE ASEGURADOS DILIGENCIADO EN EXCEL (SOLICÍTALO A TU ASESOR COMERCIAL)

FORMA DE PAGO

ESTA PÓLIZA SERÁ DE FACTURACIÓN SEMESTRAL. PAGO INMEDIATO.

¿DONDE PUEDES CONSULTAR LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE PRODUCTO?

PARA TODA CONDICIÓN QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA LO CONSIGNADO EN LAS CONDICIONES GENERALES RADICADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, MEDIANTE CÓDIGO: 15/04/2021–1317–P–31–PPSUS3R000000057–D00I EL CUAL SE ENCUENTRA EN NUESTRA PÁGINA WEB

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

Tu compañía siempre

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

CONTENIDO

CLÁUSULA		Pág.
PRIMERA	Definiciones	3
SEGUNDA	Amparos	4
TERCERA	Pago de Indemnizaciones	16
CUARTA	Revocación	16
QUINTA	Prescripción	17
SEXTA	Reclamaciones	17
SÉPTIMA	Notificaciones	17
OCTAVA	Disposiciones Legales	17

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

15/04/2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I
15/04/2021-1317-NT-P-31-NTPSUS3R00000058

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

CLAUSULA PRIMERA – DEFINICIONES

1. ¿QUE ES UN ACCIDENTE?

Para los efectos de la presente póliza se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible, imprevisto y repentino, que cause lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento, siempre que no sea causado voluntariamente por el asegurado.

2. ¿QUE PERSONAS NO ASEGURABLES?

No son personas asegurables, clientes reportados en la lista OFAC y/o cualquier otra lista vinculante para Colombia, o aquellas personas que dentro del due dilligence que efectúa la compañía se encuentren vinculadas en actividades al margen de la ley, delitos o situaciones conexas con actividades ilícitas o delictivas.

3. ¿ QUIÉN ES EL TOMADOR?

Persona jurídica que contrata el seguro.

4. ¿QUIÉN ES EL ASEGURADO?

Personal a cargo del tomador de la póliza.

5. ¿CUALES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA?

Edad mínima de ingreso 18 años
Edad máxima de ingreso 69 años y 364 días
Edad permanencia hasta los 75 años y 364 días

6. ¿CUÁL ES LA FORMA DE PAGO?

Esta póliza será de facturación Anual, semestral, trimestral o mensual a convenir con el tomador.

Pago 30 Días contados a partir del inicio de la vigencia de cada documento de cobro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLAUSULA SEGUNDA – AMPAROS

AMPARO BÁSICO

1. MUERTE ACCIDENTAL

1.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

El presente seguro cubre la **muerte accidental*** del asegurado siempre y cuando sea como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, y el fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha del accidente.

*** Muerte Accidental** Aquella muerte ocasionada con ocasión de un evento externo, súbito, imprevisto, repentino o violento que no haya sido provocado deliberadamente.

1.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la muerte accidental sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o **eventraciones*** u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Suicidio o tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo

*** Eventración** f. Med. Salida de las vísceras, principalmente de los intestinos y epiplón, del interior del vientre, por una herida que rasga la pared abdominal o por debilitación de esta pared.

1.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad para los menores de edad, ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

AMPAROS ADICIONALES

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

2.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza, y dentro de los ciento ochenta días (180) siguientes a la fecha de su ocurrencia se produce respecto al asegurado una incapacidad total y permanente diagnosticada y comprobada de conformidad con el dictamen de la junta de calificación de invalidez o entidad facultada para hacerlo conforme a la ley, con una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, Seguros Mundial pagará la suma asegurada contratada.

El presente amparo es excluyente con el amparo de desmembración accidental.

2.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o eventraciones u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo.

2.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

3. DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

3.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza y dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha de su ocurrencia, el asegurado sufre una desmembración accidental, diagnosticada y comprobada de conformidad con la historia clínica, Seguros Mundial pagará el valor asegurado contratado de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA		
	CLASE DE PÉRDIDA	**% INDEMINZACIÓN**
1	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2	PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	100%
3	CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
4	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
5	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
6	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
7	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO	50%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
11	PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA DE UN (1) PIE	40%
13	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
15	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
16	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
18	COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	25%
19	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
20	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
23	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
24	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
25	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
26	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
27	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	12%
28	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
29	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
30	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
31	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
32	PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
33	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
34	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de comprobar que el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización para el miembro superior dominante.

Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad conforme con el concepto del médico calificador, comparándolas con las aquí indicadas.

Cualquier indemnización pagada con motivo de una desmembración e inhabilitación será tomada en cuenta y por lo tanto deducida de la indemnización por el amparo básico de muerte, y el amparo adicional de incapacidad total y permanente, que pudiera dar lugar el mismo accidente.

Este amparo no es acumulable con el amparo de incapacidad total y permanente por accidente.

3.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la desmembración por accidente del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 2.2.**

3.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE SUFRIR DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

4.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, el asegurado requiere dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y cuidado de enfermería a juicio del médico tratante, Seguros Mundial reconocerá por reembolso el valor de los gastos generados y debidamente facturados, sin exceder el límite del valor asegurado en este amparo. Estos servicios deberán ser prestados por profesionales y entidades debidamente habilitados por la autoridad competente.

En caso de accidente de tránsito, este amparo opera en exceso del SOAT

Los medicamentos y terapias formuladas por el médico tratante deberán ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones producidas por el accidente.

4.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

No se pagarán las indemnizaciones si las lesiones sufridas por el asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

- Las exclusiones referidas en el **numeral 3.2.**
- Los gastos derivados de medicina y terapias alternativas y toda clase de prácticas médicas no oficiales.

4.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

- Cuanto la cobertura opere por reembolso, se deberán presentar los siguientes documentos:
- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado., según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

5. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

5.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

En caso de fallecimiento accidental, Seguros Mundial pagará una suma adicional al valor asegurado contratado del amparo básico de la póliza, valor definido como auxilio en la carátula de la póliza.

5.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la muerte accidental del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 1.2**

5.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad o de la cedula de ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

6.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado hasta el valor de renta diaria contratada, en el evento que el asegurado como consecuencia de un accidente resulte afectado por una incapacidad temporal domiciliaria o una hospitalización en casa, siempre y cuando haya habido previamente una hospitalización en un hospital o clínica por el mismo evento. Este reconocimiento se hará desde el día sexto (6) del período de incapacidad post hospitalario reclamado, durante los cinco (5) primeros días no habrá pago de la renta.

El valor máximo que Seguros Mundial reconocerá por esta cobertura, será el correspondiente a treinta (30) días calendario, por evento y vigencia anual de esta póliza.

6.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

La indemnización prevista para este amparo adicional, no se pagará cuando la hospitalización sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurra en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y enfermedades o padecimientos por los cuales el asegurado haya sido diagnosticado o por los cuales haya consultado o haya recibido servicio o suministro de medicamentos con anterioridad al ingreso de la póliza. Esta exclusión opera así el padecimiento o la enfermedad haya sido declarada por parte del asegurado antes de ingresar a la póliza.

b) Embarazo, parto, cesárea y/o las complicaciones que surjan de ellos.

c) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

e) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

f) La desmembración, incapacidad o enfermedad causada en el ejercicio de actividades ilícitas.

g) Eventos generados a consecuencia de epidemias o pandemias.

h) Fisión y fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, biológicas o químicas.

i) Accidentes con ocasión de actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada,

motín, conmoción civil o a consecuencia de actos violentos provenientes de la declaratoria de estados de excepción, según la constitución nacional; o actos violentos de protesta o por hallarse el asegurado prestando el servicio militar de cualquier clase.

j) Participación del asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte.

6.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE

7.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado la renta diaria contratada para este amparo, desde el primer día en que el asegurado sea hospitalizado en cuidados intensivos y hasta por diez (10) días calendarios, siempre que la hospitalización en cuidados intensivos del asegurado sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

El período máximo a indemnizar por evento y vigencia anual de esta póliza será de diez (10) días calendario.

El presente amparo es excluyente con el amparo de renta diaria por hospitalización por accidente.

7.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Las exclusiones referidas en el **numeral 8.2**

7.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i, referente al numeral 8.2.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

8.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado a partir del tercer día de hospitalización por accidente, hasta el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por Hospitalización la estadía en observación de urgencias y /o permanencia en la institución hospitalaria o clínica que supere las seis (6) horas continuas, desde el ingreso en observación de hospitalización. Siempre que el ingreso y salida de hospitalización sean fechas diferentes.

El número máximo de días que la compañía pagará por este amparo será el equivalente a treinta (30) días calendario en uno o varios eventos.

8.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

a) Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

b) Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.

c) Infecciones producidas por picaduras de insectos.

d) Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos.

e) Cáncer, tumores en la piel, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o VIH.

f) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

g) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

h) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.

i) Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica, a menos que, el Asegurado haya sido puesto en esta posición por un tercero sin que haya mediado su voluntad.

j) Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).

k) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

l) Accidentes causados por infracción de norma legal de carácter penal.

m) Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas la tentativa de hurto y de robo, las cuales se encuentran amparadas.

n) Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.

o) Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte...

p) Participación del Asegurado en aviación, salvo que se encuentre como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.

q) Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).

r) Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

s) Guerra civil o internacional, motín, huelga ilegal, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.

t) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

CLAUSULA TERCERA – PAGO DE INDEMNIZACIONES

En caso de ocurrir alguno de los eventos amparados por la presente Póliza, Seguros Mundial pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado plenamente el derecho del reclamante, conforme a la estipulación anterior.

El pago por muerte se hará al (los) beneficiario(s) del Asegurado previa presentación de los documentos que acrediten el parentesco.

CLAUSULA CUARTA – REVOCACIÓN

La presente Póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a Seguros Mundial con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio.

El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará a corto plazo

Con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio, Seguros Mundial podrá revocarla mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida; en este caso, Seguros Mundial devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

PARAGRAFO 1. El hecho de que Seguros Mundial reciba alguna suma, después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CLAUSULA QUINTA – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLAUSULA SEXTA – RECLAMACIONES

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado dará aviso a Seguros Mundial sobre la ocurrencia del siniestro a través del correo electrónico **siniestrosvidagrupoyaccidentesp@segurosmundial.com.co.**

Al presentar la reclamación, el beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la utilización de todos los medios probatorios legalmente establecidos en la ley Colombiana.

CLAUSULA SEPTIMA– NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito, con excepción de lo dicho en la cláusula séptima para el aviso del siniestro, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo certificado dirigido a la última dirección registrada en las partes. Para tal efecto, en la carátula de la póliza se indica la dirección de Seguros Mundial para la notificación.

CLAUSULA OCTAVA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los efectos contemplados en el presente clausulado, la presente póliza y sus anexos se regirán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000332980	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

TOMADOR	EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS	CIUDAD	IBAGUE TOLIMA	No. DOC. IDENTIDAD	900451454
DIRECCIÓN	CARRERA 5 NO 64 –65 SEC ARKACENTRO			TELÉFONO	2719501
ASEGURADO	ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DE SERVIC	CIUDAD		No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	
BENEFICIARIO	LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LO			No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EMITE POLIZA PARA EL TOMADOR EN ASUNTO

NOMBRE DEL AMPARO	SUMA ASEGURADA $	VALOR PRIMA $
TOUR MUERTE ACCIDENTAL	$46,400,000.00	$12,000.00
TOUR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$46,400,000.00	$0.00
TOUR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	$46,400,000.00	$0.00
TOUR GASTOS MÉDICOS	$46,400,000.00	$0.00
TOUR AUXILIO FUNERARIO POR ACCIDENTE	$1,160,000.00	$0.00
TOUR GASTOS TRASLADO	$1,160,000.00	$0.00
TOUR REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ	$5,000,000.00	$0.00
	TOTAL ASEGURADO	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
D & A AGENCIA DE SEGUROS INTEGRAL LIMITADA	AGENCIAS	100.0

DISTRIBUCIÓN COASEGURO			
COMPAÑÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA	TIPO COASEGURO

CONVENIO DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO
Contado	

PRIMA BRUTA	$
DESCUENTOS	$
EXTRA PRIMA	$
PRIMA NETA	$
GASTOS EXP.	$
IVA	$
TOTAL A PAGAR	$

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000332980	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR: CADA CONDUCTOR QUE TENGA RESOLUCIÓN PARA PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN VEHÍCULO PARTICULAR OTORGADO POR EL MUNICIPIO.
ASEGURADOS: ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN VEHÍCULO PARTICULAR OTORGADO POR EL MUNICIPIO.
BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY

¿QUE TE CUBRIMOS?

A CONTINUACIÓN, TE PRESENTAMOS LAS PRINCIPALES COBERTURAS DEL PRODUCTO.

1.MUERTE ACCIDENTAL
SEGUROS MUNDIAL TE CUBRE EN CASO DE MUERTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

2.INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA SE PRODUCE RESPECTO AL ASEGURADO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O ENTIDAD FACULTADA PARA HACERLO CONFORME A LA LEY, CON UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

(ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL)

3.DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA, EL ASEGURADO SUFRE UNA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA % INDEMNIZACIÓN
1. MUERTE 100%
2. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA 100%
3. PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 100%
4. CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS 100%
5. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS 100%
6. SORDERA TOTAL BILATERAL 100%
7. PÉRDIDA DEL HABLA 100%
8. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA 60%
9. PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO 50%
10. SORDERA TOTAL UNILATERAL 50%
11. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA 50%
12. PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA 50%
13. PÉRDIDA DE UN (1) PIE 40%
14. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA 30%
15. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA 30%
16. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO 25%
17. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE 25%
18. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO 25%
19. COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA 25%

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA % INDEMNIZACIÓN
20. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO 20%
21. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE 20%
22. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO 20%
23. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA 20%
24. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA 20%
25. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO 15%
26. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO 15%
27. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO 15%
28. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO 12%
29. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO 10%
30. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO 10%
31. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO 8%
32. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO 8%
33. PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES 8%
34. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO 7%
35. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO 5%

(ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE)

4.GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ POR REEMBOLSO EL VALOR DE LOS GASTOS GENERADOS Y DEBIDAMENTE FACTURADOS, SIN EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO. ESTOS SERVICIOS DEBERÁN SER PRESTADOS POR PROFESIONALES Y ENTIDADES DEBIDAMENTE HABILITADOS.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DEL SOAT.

LOS MEDICAMENTOS Y TERAPIAS FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR EL ACCIDENTE.

5.AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:
SI EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER DE FORMA ACCIDENTAL, SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARA HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO EN LA PÓLIZA LOS GASTOS DE ENTIERRO DEL ALUMNO ASEGURADO. ESTE ES UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

6.GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE:
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SE REQUIERE DEL TRASLADO DE UN ALUMNO ASEGURADO (EN AMBULANCIA O TAXI), SE RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO EL VALOR DEL TRASLADO HASTA POR LA SUMA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000332980	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

7.REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE:
SI EL ASEGURADO QUEDA EN ESTADO DE INVALIDEZ A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y ESTE ES DEBIDAMENTE CALIFICADO DE CONFORMIDAD CON LA LEY 100, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO LOS GASTOS DE: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, VALORACIÓN NUTRICIONAL Y SICOLÓGICA, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, RESPIRATORIA Y DE LENGUAJE, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y GASTOS DE CURACIÓN. ESTA COBERTURA OPERA POR REEMBOLSO

8.INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:
LA ASEGURADORA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA DE 1 SMDLV (SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE) POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONSECUTIVO DIAGNOSTICADO POR EL MÉDICO TRATANTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO OCURRIDO DURANTE EL TRAYECTO DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

EL LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO A PAGAR SERÁ DE 30 SMMLV.
CONOCE LAS CONDICIONES DE TODAS NUESTRAS COBERTURAS EN EL CLAUSULADO GENERAL DEL PRODUCTO *

¿QUE NO TE CUBRIMOS?

LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN ESTA PÓLIZA NO SE PAGARÁN SI LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CAUSAS:

a)HERNIAS, VARICES O EVENTRACIONES U OCLUSIONES INTESTINALES.

b)PARTICIPACIÓN EN ACTOS DELICTUOSOS O QUE ALTEREN EL ORDEN PÚBLICO, TALES COMO HUELGAS, MANIFESTACIONES PÚBLICAS, ASONADAS, GUERRA, MOTÍN, INSURRECCIÓN O ACTO ALGUNO RELACIONADO CON LOS MISMOS.

c)SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO.

d)ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE EN VUELO.
e)ACCIDENTES AÉREOS QUE SUFRA EL ASEGURADO VIAJANDO COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, O EN VUELOS ESPECIALMENTE FLETEADOS Y EN GENERAL, EN CUALQUIER TIPO DE VUELO NO REGULAR.

f)FENÓMENOS SÍSMICOS O VOLCÁNICOS, INUNDACIONES O LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA, FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

g)PARTICIPACIÓN EN CARRERAS O COMPETENCIAS UTILIZANDO ANIMALES, VEHÍCULOS TERRESTRES, ACUÁTICOS, AÉREOS O DURANTE ENTRENAMIENTO PARA ESTAS PRUEBAS.

h)POR LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE DROGAS HEROICAS, ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.

i)PRÁCTICA DEL TOREO, ARTES MARCIALES, EQUITACIÓN O BOXEO.
j)MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VINCULADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORE A CUALQUIER CUERPO ARMADO, MUNDIAL SEGUROS LE DEVOLVERÁ LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACION DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADA A PRORRATA.

k)LAS AFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, COMO, POR EJEMPLO, MALARIA, TIFO EXAN TEMÁTICO, FIEBRE AMARILLA.

l)ACTOS MALINTENCIONADOS O DOLOSOS DE OTRA PERSONA, SALVO EL CASO QUE SE DECLARE POR SENTENCIA EJECUTORIADA COMO HOMICIDIO CULPOSO O LESIONES PERSONALES CULPOSAS.

m)GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONMOCIONES CIVILES QUE REVELAN EL CARÁCTER DE REBELIÓN POPULAR, PODER MILITAR O USURPACIÓN.

n)ACTOS DE TERRORISMO.

OFERTA ECONÓMICA
AMPAROS VALOR ASEGURADO

MUERTE ACCIDENTAL 40 SMMLV $46.400.000

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE 40 SMMLV $46.400.000

DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE 40 SMMLV $46.400.000

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE 40 SMMLV $46.400.000

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL $1.160.000

GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE $1.600.000

REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE $5.000.000

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE 40 SMMLV $46.400.000

PRIMA VIGENCIA 90 DÍAS POR ASEGURADO $ 12.000

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD $ 300.000.000

SOLO OPERA PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCURRIDOS EN EL VEHÍCULO PARTICULAR AUTORIZADO PARA REALIZAR TRANSPORTE ESCOLAR Y DURANTE LOS TRAYECTOS DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

LAS PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES A PASAJEROS NO REEMPLAZAN A LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL QUE PIDE EL DECRETO 170–171–172–174–175 DEL 2001 Y/O DEMÁS PÓLIZAS OBLIGATORIAS QUE LLEGARAN A SER REQUERIDAS, LO ANTERIOR DEBIDO A QUE NUESTRA COMPAÑÍA NO COMERCIALIZA PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DE PASAJEROS VEHÍCULOS TERRESTRES.

¿QUE HACER EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CUALQUIER COBERTURA?

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. PÓLIZA	I 2000332980	No. ANEXO		No. CERTIFICADO		No. RIESGO	1
TIPO DE DOCUMENTO	Negocio Nuevo			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14	92	00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

CONDICIONES PARTICULARES

CONSULTA LOS REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

UNA VEZ PRESENTADOS TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE, AUN, EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CONOCE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE TU OFERTA

COMERCIALIZACIÓN DEL PRODUCTO: MANDATORIO
GRUPO MÍNIMO DE ASEGURADOS: 45

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:
MÍNIMA INGRESO: 1 AÑOS
MÁXIMA INGRESO: 59 AÑOS
PERMANENCIA HASTA 60 AÑOS

¿QUE PERSONAS NO PODREMOS ASEGURAR?

NO SON PERSONAS ASEGURABLES, CLIENTES REPORTADOS EN LA LISTA OFAC Y/O CUALQUIER OTRA LISTA VINCULANTE PARA COLOMBIA, O AQUELLAS PERSONAS QUE DENTRO DEL DUE DILLIGENCE QUE EFECTÚA LA COMPAÑÍA SE ENCUENTREN VINCULADAS EN ACTIVIDADES AL MARGEN DE LA LEY, DELITOS O SITUACIONES CONEXAS CON ACTIVIDADES ILÍCITAS O DELICTIVAS.

¿QUE DOCUMENTOS NECESITAS PARA ADQUIRIR TU SEGURO?

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (SARLAFT) DEBIDAMENTE DILIGENCIADO
COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TOMADOR
RUT O CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO MAYOR A 90 DÍAS.
FORMATO DE RELACIÓN DE ASEGURADOS DILIGENCIADO EN EXCEL (SOLICÍTALO A TU ASESOR COMERCIAL)

FORMA DE PAGO

ESTA PÓLIZA SERÁ DE FACTURACIÓN SEMESTRAL. PAGO INMEDIATO.

¿DONDE PUEDES CONSULTAR LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE PRODUCTO?

PARA TODA CONDICIÓN QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA LO CONSIGNADO EN LAS CONDICIONES GENERALES RADICADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, MEDIANTE CÓDIGO: 15/04/2021–1317–P–31–PPSUS3R000000057–D00I EL CUAL SE ENCUENTRA EN NUESTRA PÁGINA WEB

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

Tu compañía siempre

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

CONTENIDO

CLÁUSULA		Pág.
PRIMERA	Definiciones	3
SEGUNDA	Amparos	4
TERCERA	Pago de Indemnizaciones	16
CUARTA	Revocación	16
QUINTA	Prescripción	17
SEXTA	Reclamaciones	17
SÉPTIMA	Notificaciones	17
OCTAVA	Disposiciones Legales	17

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

15/04/2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I
15/04/2021-1317-NT-P-31-NTPSUS3R00000058

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

CLAUSULA PRIMERA – DEFINICIONES

1. ¿QUE ES UN ACCIDENTE?

Para los efectos de la presente póliza se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible, imprevisto y repentino, que cause lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento, siempre que no sea causado voluntariamente por el asegurado.

2. ¿QUE PERSONAS NO ASEGURABLES?

No son personas asegurables, clientes reportados en la lista OFAC y/o cualquier otra lista vinculante para Colombia, o aquellas personas que dentro del due dilligence que efectúa la compañía se encuentren vinculadas en actividades al margen de la ley, delitos o situaciones conexas con actividades ilícitas o delictivas.

3. ¿ QUIÉN ES EL TOMADOR?

Persona jurídica que contrata el seguro.

4. ¿QUIÉN ES EL ASEGURADO?

Personal a cargo del tomador de la póliza.

5. ¿CUALES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA?

Edad mínima de ingreso 18 años
Edad máxima de ingreso 69 años y 364 días
Edad permanencia hasta los 75 años y 364 días

6. ¿CUÁL ES LA FORMA DE PAGO?

Esta póliza será de facturación Anual, semestral, trimestral o mensual a convenir con el tomador.

Pago 30 Días contados a partir del inicio de la vigencia de cada documento de cobro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLAUSULA SEGUNDA – AMPAROS

AMPARO BÁSICO

1. MUERTE ACCIDENTAL

1.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

El presente seguro cubre la **muerte accidental*** del asegurado siempre y cuando sea como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, y el fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha del accidente.

*** Muerte Accidental** Aquella muerte ocasionada con ocasión de un evento externo, súbito, imprevisto, repentino o violento que no haya sido provocado deliberadamente.

1.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la muerte accidental sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o **eventraciones*** u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Suicidio o tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo

*** Eventración** f. Med. Salida de las vísceras, principalmente de los intestinos y epiplón, del interior del vientre, por una herida que rasga la pared abdominal o por debilitación de esta pared.

1.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad para los menores de edad, ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

AMPAROS ADICIONALES

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

2.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza, y dentro de los ciento ochenta días (180) siguientes a la fecha de su ocurrencia se produce respecto al asegurado una incapacidad total y permanente diagnosticada y comprobada de conformidad con el dictamen de la junta de calificación de invalidez o entidad facultada para hacerlo conforme a la ley, con una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, Seguros Mundial pagará la suma asegurada contratada.

El presente amparo es excluyente con el amparo de desmembración accidental.

2.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o eventraciones u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo.

2.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

3. DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

3.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza y dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha de su ocurrencia, el asegurado sufre una desmembración accidental, diagnosticada y comprobada de conformidad con la historia clínica, Seguros Mundial pagará el valor asegurado contratado de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA		
	CLASE DE PÉRDIDA	**% INDEMINZACIÓN**
1	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2	PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	100%
3	CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
4	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
5	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
6	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
7	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO	50%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
11	PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA DE UN (1) PIE	40%
13	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
15	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
16	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
18	COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	25%
19	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
20	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
23	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
24	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
25	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
26	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
27	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	12%
28	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
29	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
30	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
31	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
32	PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
33	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
34	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de comprobar que el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización para el miembro superior dominante.

Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad conforme con el concepto del médico calificador, comparándolas con las aquí indicadas.

Cualquier indemnización pagada con motivo de una desmembración e inhabilitación será tomada en cuenta y por lo tanto deducida de la indemnización por el amparo básico de muerte, y el amparo adicional de incapacidad total y permanente, que pudiera dar lugar el mismo accidente.

Este amparo no es acumulable con el amparo de incapacidad total y permanente por accidente.

3.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la desmembración por accidente del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 2.2.**

3.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE SUFRIR DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

4.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, el asegurado requiere dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y cuidado de enfermería a juicio del médico tratante, Seguros Mundial reconocerá por reembolso el valor de los gastos generados y debidamente facturados, sin exceder el límite del valor asegurado en este amparo. Estos servicios deberán ser prestados por profesionales y entidades debidamente habilitados por la autoridad competente.

En caso de accidente de tránsito, este amparo opera en exceso del SOAT

Los medicamentos y terapias formuladas por el médico tratante deberán ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones producidas por el accidente.

4.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

No se pagarán las indemnizaciones si las lesiones sufridas por el asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

- Las exclusiones referidas en el **numeral 3.2.**
- Los gastos derivados de medicina y terapias alternativas y toda clase de prácticas médicas no oficiales.

4.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

- Cuanto la cobertura opere por reembolso, se deberán presentar los siguientes documentos:
- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado., según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

5. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

5.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

En caso de fallecimiento accidental, Seguros Mundial pagará una suma adicional al valor asegurado contratado del amparo básico de la póliza, valor definido como auxilio en la carátula de la póliza.

5.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la muerte accidental del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 1.2**

5.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad o de la cedula de ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

6.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado hasta el valor de renta diaria contratada, en el evento que el asegurado como consecuencia de un accidente resulte afectado por una incapacidad temporal domiciliaria o una hospitalización en casa, siempre y cuando haya habido previamente una hospitalización en un hospital o clínica por el mismo evento. Este reconocimiento se hará desde el día sexto (6) del período de incapacidad post hospitalario reclamado, durante los cinco (5) primeros días no habrá pago de la renta.

El valor máximo que Seguros Mundial reconocerá por esta cobertura, será el correspondiente a treinta (30) días calendario, por evento y vigencia anual de esta póliza.

6.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

La indemnización prevista para este amparo adicional, no se pagará cuando la hospitalización sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurra en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y enfermedades o padecimientos por los cuales el asegurado haya sido diagnosticado o por los cuales haya consultado o haya recibido servicio o suministro de medicamentos con anterioridad al ingreso de la póliza. Esta exclusión opera así el padecimiento o la enfermedad haya sido declarada por parte del asegurado antes de ingresar a la póliza.

b) Embarazo, parto, cesárea y/o las complicaciones que surjan de ellos.

c) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

e) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

f) La desmembración, incapacidad o enfermedad causada en el ejercicio de actividades ilícitas.

g) Eventos generados a consecuencia de epidemias o pandemias.

h) Fisión y fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, biológicas o químicas.

i) Accidentes con ocasión de actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada,

motín, conmoción civil o a consecuencia de actos violentos provenientes de la declaratoria de estados de excepción, según la constitución nacional; o actos violentos de protesta o por hallarse el asegurado prestando el servicio militar de cualquier clase.

j) Participación del asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte.

6.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE

7.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado la renta diaria contratada para este amparo, desde el primer día en que el asegurado sea hospitalizado en cuidados intensivos y hasta por diez (10) días calendarios, siempre que la hospitalización en cuidados intensivos del asegurado sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

El período máximo a indemnizar por evento y vigencia anual de esta póliza será de diez (10) días calendario.

El presente amparo es excluyente con el amparo de renta diaria por hospitalización por accidente.

7.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Las exclusiones referidas en el **numeral 8.2**

7.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i, referente al numeral 8.2.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

8.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado a partir del tercer día de hospitalización por accidente, hasta el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por Hospitalización la estadía en observación de urgencias y /o permanencia en la institución hospitalaria o clínica que supere las seis (6) horas continuas, desde el ingreso en observación de hospitalización. Siempre que el ingreso y salida de hospitalización sean fechas diferentes.

El número máximo de días que la compañía pagará por este amparo será el equivalente a treinta (30) días calendario en uno o varios eventos.

8.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

a) Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

b) Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.

c) Infecciones producidas por picaduras de insectos.

d) Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos.

e) Cáncer, tumores en la piel, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o VIH.

f) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

g) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

h) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.

i) Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica, a menos que, el Asegurado haya sido puesto en esta posición por un tercero sin que haya mediado su voluntad.

j) Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).

k) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

l) Accidentes causados por infracción de norma legal de carácter penal.

m) Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas la tentativa de hurto y de robo, las cuales se encuentran amparadas.

n) Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.

o) Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte...

p) Participación del Asegurado en aviación, salvo que se encuentre como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.

q) Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).

r) Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

s) Guerra civil o internacional, motín, huelga ilegal, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.

t) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

CLAUSULA TERCERA – PAGO DE INDEMNIZACIONES

En caso de ocurrir alguno de los eventos amparados por la presente Póliza, Seguros Mundial pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado plenamente el derecho del reclamante, conforme a la estipulación anterior.

El pago por muerte se hará al (los) beneficiario(s) del Asegurado previa presentación de los documentos que acrediten el parentesco.

CLAUSULA CUARTA – REVOCACIÓN

La presente Póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a Seguros Mundial con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio.

El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará a corto plazo

Con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio, Seguros Mundial podrá revocarla mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida; en este caso, Seguros Mundial devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

PARAGRAFO 1. El hecho de que Seguros Mundial reciba alguna suma, después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CLAUSULA QUINTA – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLAUSULA SEXTA – RECLAMACIONES

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado dará aviso a Seguros Mundial sobre la ocurrencia del siniestro a través del correo electrónico **siniestrosvidagrupoyaccidentesp@segurosmundial.com.co.**

Al presentar la reclamación, el beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la utilización de todos los medios probatorios legalmente establecidos en la ley Colombiana.

CLAUSULA SEPTIMA– NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito, con excepción de lo dicho en la cláusula séptima para el aviso del siniestro, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo certificado dirigido a la última dirección registrada en las partes. Para tal efecto, en la carátula de la póliza se indica la dirección de Seguros Mundial para la notificación.

CLAUSULA OCTAVA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los efectos contemplados en el presente clausulado, la presente póliza y sus anexos se regirán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

No. PÓLIZA	I 2000333021	No. ANEXO	N/A	No. CERTIFICADO	1802371074	No. RIESGO	N/A
TIPO DE DOCUMENTO	CERTIFICADO DE COBRO			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14		00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

PAGADOR	EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS	CIUDAD	IBAGUE TOLIMA	No. DOC. IDENTIDAD	900451454
DIRECCIÓN	COLOMBIA			TELÉFONO	2719501
ASEGURADO	SEGÚN RELACIÓN	CIUDAD		No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	
BENEFICIARIO	SEGÚN RELACIÓN			No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EMITE LA FACTURACIÓN DEL PERIODO 2023–08–14 HASTA 2023–11–14

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
D & A AGENCIA DE SEGUROS INTEGRAL LIMITADA	AGENCIAS	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA	TIPO COASEGURO

CONVENIO DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO
	2023–10–12

PRIMA BRUTA	$	1,724,250.00
DESCUENTOS	$	0,00
EXTRA PRIMA	$	0,00
PRIMA NETA	$	1,724,250.00
GASTOS EXP./RUNT	$	
IVA	$	
TOTAL A PAGAR	$	1,724,250.00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

No. PÓLIZA	I 2000332980	No. ANEXO	N/A	No. CERTIFICADO	1802369479	No. RIESGO	N/A
TIPO DE DOCUMENTO	CERTIFICADO DE COBRO			FECHA DE EXPEDICIÓN	2023–09–12	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA IBAGUE

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14		00:00 Horas del	2023–08–14	00:00 Horas del	2023–11–14

PAGADOR	EMPRESA DE SERVICIO ESPECIAL ESPETOURS SAS	CIUDAD	IBAGUE TOLIMA	No. DOC. IDENTIDAD	900451454
DIRECCIÓN	COLOMBIA			TELÉFONO	2719501
ASEGURADO	SEGÚN RELACIÓN	CIUDAD		No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	
BENEFICIARIO	SEGÚN RELACIÓN			No. DOC. IDENTIDAD	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EMITE LA FACTURACIÓN DEL PERIODO 2023–08–14 HASTA 2023–11–14

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
D & A AGENCIA DE SEGUROS INTEGRAL LIMITADA	AGENCIAS	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA	TIPO COASEGURO

CONVENIO DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO
	2023–10–12

PRIMA BRUTA	$	3,060,000.00
DESCUENTOS	$	0,00
EXTRA PRIMA	$	0,00
PRIMA NETA	$	3,060,000.00
GASTOS EXP./RUNT	$	
IVA	$	
TOTAL A PAGAR	$	3,060,000.00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF