CORCUMVI NIT 822001245-4	VERIFICACIÓN DOCUMENTAL RADICACIÓN CUENTAS DE COBRO (CONTRATACIÓN)	**Código:** FR - 050 **Versión:** 006 **Fecha:** 28 de Abril de 2022.

NOMBRES DEL CONTRATISTA:	LLANO TRANSPORTES HCM SAS		
N° DE PROCESO SECOP II:	SMC-006-2024		
CONTRATO N°:	CONTRATO-154-2024	**PERIODO DE PAGO N°:**	1

DOCUMENTOS	PARA PRIMER PAGO	DEL SEGUNDO AL PENÚLTIMO PAGO	ULTIMO PAGO DE LIQUIDACIÓN	SI	NO
INFORME DEL CONTRATISTA CON REGISTRO FOTOGRÁFICO IMPRESO A COLOR	X	X	X		
CUENTA DE COBRO O FACTURA (Copia)	X	X	X		
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL (Planilla Asistida) ADJUNTANDO COPIA DE RECIBO DE PAGO (Por el 40% del valor del contrato si es Persona Natural)	X	X	X		
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL DONDE INDIQUE QUE SE ENCUENTRA AL DÍA (CPS)	X	X	X		
PAZ Y SALVO PARAFISCALES - ICBF, SENA Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR (Contratos de Obra)	N/A	N/A	X		
PLANOS RECORD (Fisico y Digital **Para Contratos de Obra)**	N/A	N/A	X		
INFORME DEL SUPERVISOR	X	X	X		
ENTRADA DE ALMACÉN (Suministro)	N/A	N/A	X		
PAZ Y SALVO ALMACÉN	N/A	N/A	X		
ACTA DE LIQUIDACIÓN ORIGINAL	N/A	N/A	X		
EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR	N/A	N/A	X		

PARA ÚNICO PAGO SE DEBEN ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS

SOPORTES DE PAGO

Documento	Verificado
Soporte de Transferencia bancaria	☐
Obligación	☐
Egreso	

Recibido y revisado Recepción

Nombre: Mary Ortiz V

N° Radicado: 09492024

Fecha: 18-11-24

Verificado Contratación

Nombre: _____

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

Villavicencio, 16 de octubre de 2024.

Señor(a):
LUCILA GOMEZ TORRES
SUPERVISOR
Villavicencio, Meta

Ref: Aceptación de oferta N°.154 del 3) de octubre de 2024

El presente informe corresponde a las actividades ejecutadas de acuerdo al objeto: PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA LA BANDA SINFONICA Y GRUPO LLANERO DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO., del contrato N°. **ACEPTACION DE LA OFERTA No 154 - 2024** del 03) de octubre de 2024 del periodo N°. único , comprendido entre el día (04) de OCTUBRE de 2024 y el 06) de OCTUBRE de 2024. Con el desarrollo de las siguientes actividades:

N°	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIA
1	SERVICIO DE TRANSPORTE DE PERSONAL A TODO COSTO EN VEHICULO TIPO MICROBUS CON CAPACIDAD PARA 17 PASAJEROS Y VEHICULO TIPO BUS CON CAPACIDAD DE 40 PASAJEROS CON BODEGA RUTA: VILLAVICENCIO-DUITAMA-PAIPA CON DISPONIBILIDAD DEL 04 AL 06 DE OCTUBRE DE 2024.	Se realizó el servicio de transporte el viernes 4 de octubre de 2024, conforme los trayectos y rutas establecidas por la entidad en la mañana y en la tarde de la siguiente forma: Se programa y se realiza el servicio en un BUS de 45 pasajeros de placas SKV650, y microbús de placas GET399 de 20 pasajeros. RUTA: VILLAVICENCIO-DUITAMA-PAIPA-DUITAMA. Con el siguiente desarrollo: • Salida desde Villavicencio hacia Duitama el viernes 4 de octubre de 2024 a las 00:00am; la recogida de los pasajeros se realiza en las instalaciones de CORCUMVI. • A las 6:30 am del día 4 de octubre de 2024 llegan los vehículos al	Ver registro Fotográfico.

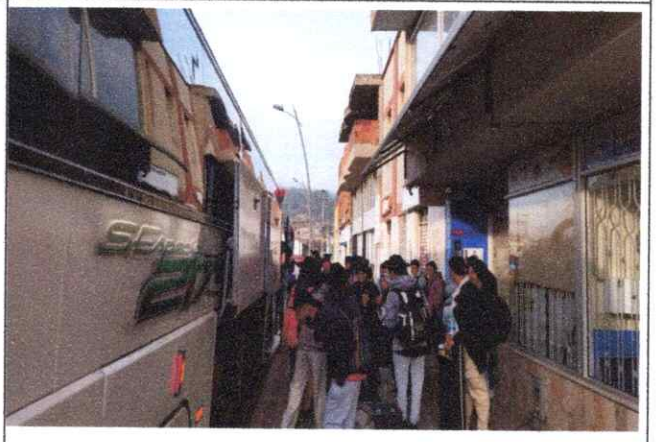
CORCUMVI CORPORACIÓN DE CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

		municipio de DUITAMA y el personal se instala en sus respectivos hoteles. • A la 1:25pm del día 04 de octubre de 2024, se realiza la ruta: DUITAMA hacia PAIPA para la presentación oficial Fase de Patrimonios de bandas Categoría Especial – Lugar Concha acústica. Hora de llegada a PAIPA 3:20pm • El día 04 de octubre de 2024. Se realiza la ruta en el perímetro de Paipa con el fin de llevar al personal a cenar. Hora de llegada 9:13pm • El día 04 de octubre de 2024. Se realiza la ruta de PAIPA hacia DUITAMA de regreso a los respectivos hoteles. Hora de llegada 11:05 pm. • El día 05 de octubre de 2024, se realiza la ruta desde DUITAMA con destino a PAIPA, hora de llegada 8:35am. • El día sábado 05 de octubre Se realiza recorridos internos en el municipio de PAIPA con el fin de llevar al personal a almorzar. Hora de llegada 1:38pm. • El día 05 de octubre de 2024 se realiza el recorrido desde PAIPA hacia los respectivos hoteles ubicados en el municipio de	Ver registro Fotográfico

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

		DUITAMA. Hora de llegada 4:30pm. • El día 06 de octubre de 2024, se realiza el recorrido de DUITAMA con destino a PAIPA, hora de llegada 8:45am. • El día domingo 06 de octubre de 2024, se realiza el traslado de los pasajeros desde PAIPA hacia el hotel ubicado en DUITAMA. Hora de llegada: 11:30am. • El día 06 de octubre de 2024, Se realiza la ruta desde DUITAMA hacia PAIPA con destino la presentación oficial Fase concurso de bandas Categoría Especial – Lugar Auditorio Principal Conservatorio de Bellas Artes de PAIPA. Hora de llegada a PAIPA 12:45pm. • El día 06 de octubre de 2024 se realiza la ruta de retorno desde PAIPA hacia Villavicencio. Hora de salida 11pm, hora de llegada a Villavicencio el día 07 de octubre a las 5:16am. Se cumplió con el servicio a satisfacción sin ninguna novedad; los vehículos contaban con aire acondicionado, sillas cómodas en perfecto estado y confortables, bodega, bus con capacidad para 40 pasajeros y microbús con capacidad para 17 pasajeros.	Ver registro Fotográfico

CORCUMVI CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">FECHA: 04 de octubre de 2024.
LUGAR: Instalaciones CORCUMVI.</td><td colspan="2">FECHA: 04 de octubre de 2024.
LUGAR: Instalaciones CORCUMVI.</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">FECHA: 07 de octubre de 2024.
LUGAR: Instalaciones CORCUMVI.</td><td colspan="2">FECHA: 04 de octubre de 2024.
LUGAR: Hotel Victoria perla Real DUITAMA BOYACA.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ALIMENTACION PARA 22 PERSONAS 8 COMIDAS (VIERNES, SABADO Y DOMIGO).</td><td>Dando cumplimiento al presente ítem se suministró la alimentación para 22 personas, desayuno, almuerzo y cena para los días 4 y 5 de octubre de 2024, desayuno y almuerzo para el día domingo 06 de octubre de 2024; la cual se detalla a continuación:

El día 04 de octubre de 2024 a las 6:30am se suministró de desayuno el siguiente menú: huevos pericos, jamón, queso, pan, colada y fruta picada.

El día 04 de octubre de 2024 a las 1:00 Pm se suministró de almuerzo el</td><td>Ver registro Fotográfico</td></tr>
</table>

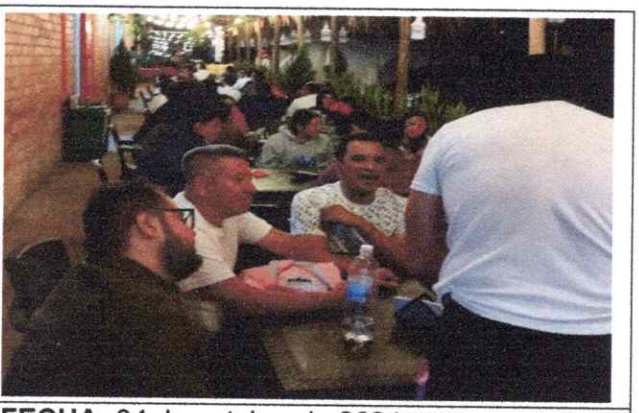
CORCUMVI NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

		siguiente menú: guisado de verdura, carne de res azada, arroz, papa, ensalada de remolacha, sopa de plátano, jugo de guayaba. El día 04 de octubre de 2024 a las 9:13 Pm se suministró de cena el siguiente menú: arroz espagueti, carne de res azada, porción de mazorca, sopa de verduras, jugo de papaya con naranja. El día sábado 05 de octubre de 2024 a las 6:30am se suministró de desayuno el siguiente menú: de entrada, jugo de sumo de mora, huevos pericos, pan, queso y chocolate. El día sábado 05 de octubre de 2024 a las 1:38 Pm se suministró de almuerzo el siguiente menú: arroz, garbanzo, plátano maduro, ensalada de lechuga, cebolla y tomate, carne de cerdo azada, sopa de pasta y jugo de mora. El día sábado 05 de octubre de 2024 a las 7:00 Pm se suministró de cena el siguiente menú: Arroz, yuca frita, rodaja de pescado, ensalada de tomate, cebolla y lechuga, sopa de plátano, limonada. El día domingo 06 de octubre de 2024 a las 6:30am se suministró de desayuno el siguiente menú: Tamal, pan y chocolate. El día domingo 06 de octubre de 2024 a las 1:00 Pm se suministró de almuerzo el siguiente menú: Arroz, guisado de pata, cerdo asado, papa salada, ensalada de brócoli, repollo y zanahoria, sopa de verduras y jugo de guayaba.	Ver registro Fotográfico

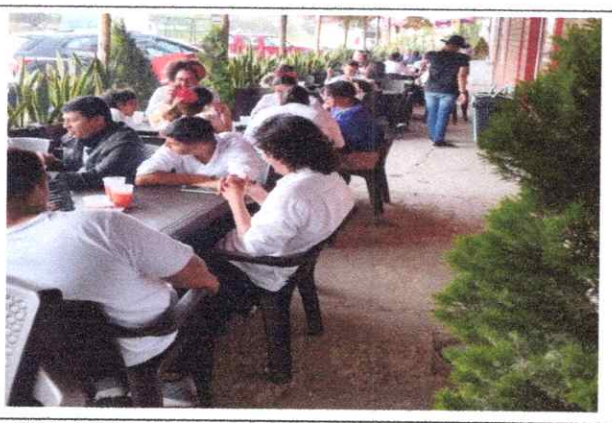
CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLA DE LEYVA NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019



FECHA: 04 de octubre de 2024.
LUGAR: Hotel Victoria perla Real DUITAMA BOYACA.



FECHA: 04 de octubre de 2024.
LUGAR: Restaurante El troncal del Carbón PAIPA BOYACA.



FECHA: 05 de octubre de 2024.
LUGAR: Restaurante El troncal del Carbón PAIPA BOYACA



FECHA: 05 de octubre de 2024.
LUGAR: Restaurante El troncal del Carbón PAIPA BOYACA

3	ALOJAMIENTO PARA 22 PERSONAS 2 NOCHES TRES DIAS.	Dando cumplimiento al presente ítem se suministró alojamiento para 22 personas dos noches y tres días del 4 al 06 de octubre de 2024 en el hotel "VICTORIA PERLA REAL" en camas individuales en 13 habitaciones.	Ver registro Fotográfico

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

			
FECHA: 04 de octubre de 2024. **LUGAR:** Hotel Victoria perla Real DUITAMA BOYACA.		**FECHA:** 04 de octubre de 2024. **LUGAR:** Hotel Victoria perla Real DUITAMA BOYACA.	
4	SEGURO MEDICO	Dando cumplimiento al presente ítem se suministró seguro médico según póliza 3420524900140 para accidentes personales para el grupo de 57 personas contratado con la aseguradora MAPFRE / COLOMBIA. Las condiciones se pueden evidenciar en el anexo Condiciones particulares y especiales seguro de accidentes personales emitido por MAPFRE / COLOMBIA. Adicional a lo anterior se adjunta anexo de las personas aseguradas certificada por MAPFRE / COLOMBIA. Ver página 4 Clausulado.	Ver anexo

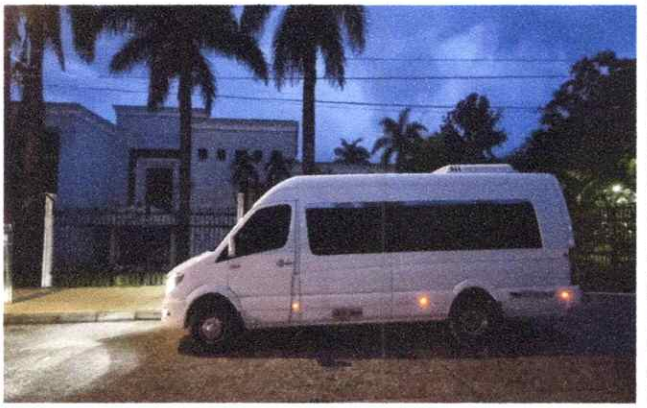
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

Obligaciones Generales:

a)	**Dar cumplimiento al objeto del contrato con la mejor calidad posible, y responder por el mismo.**	Se cumplió con todas las obligaciones acordadas, asegurando la disponibilidad del vehículo durante la prestación del servicio en los trayectos estipulados. Se suministro la alimentacion en las catidades y dias acordados.	

		Se suministro servicio de alojamiento para 22 personas en camas individuales en 13 habitaciones.	
b)	**Cumplir con las condiciones, calidades, cantidades y especificaciones establecidas de los bienes y/o servicios solicitados en la invitación.**	Los vehículos cumplen los requisitos ofertados, incluye características como, aire acondicionado, tomas de corriente, asientos cómodos y reclinables, espacio para equipaje, conductor capacitado. El hotel se clasifica entre la categoria solicitada, con acomodacion doble o triple, las habitaciones contaban con baño, servicio de television y telefono. Se suministro la alimentacion en las cantidades y especificaciones establecidadas; desayuno, almuerzo y cena para los dias 4 y 5 de octubre, desayuno y almuerzo para el dia 6 de octubre de 2024.	
c)	**El proponente deberá contar con todos los recursos humanos, técnicos y físicos para poder cumplir a cabalidad con el objeto contractual.**	La empresa Llano Transporte HCM SAS, cumplió con los requisitos legales, de la organización y del cliente, establecidos para la prestación de servicio de transporte especial de pasajeros por carretera. Se contó con dos conductores idóneos para el manejo de 01 bus de 45 pasajeros y 01 Microbús de 20 pasajeros. Para la coordinación logística del suministro de alimentación, acomodación de 22 personas en el hotel y demás necesidades del servicio se contó con 01 coordinador logístico, el señor DIEGO CRUZ GAVILAN.	Ver registro Fotográfico

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">FECHA: 07 de octubre de 2024.
LUGAR: Instalaciones CORCUMVI - VCIO.
MICROBUS de placa WET399</td><td colspan="2">FECHA: 06 de octubre de 2024.
LUGAR: PAIPA BOYACA
BUS de placa SKV650</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">FECHA: 06 de octubre de 2024.
LUGAR: PAIPA BOYACA
(DIEGO CRUZ GAVILAN – Coordinador logístico).</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>d)</td><td>Aceptar los procedimientos administrativos que determine CORCUMVI, para la ejecución del contrato.</td><td>Se aceptaron y acataron todos los procedimientos administrativos determinados por CORCUMVI para la ejecución del contrato.</td><td></td></tr>
<tr><td>e)</td><td>Ejecutar de manera eficiente el objeto del contrato, actuando de conformidad con las Normas legales vigentes y cumpliendo con lo descrito en la propuesta presentada y aprobada.</td><td>La empresa se encuentra debidamente habilitada para la prestación del servicio de transporte especial de pasajero por carretera, y garantiza la idoneidad de conductores y personal al servicio operativo.
Se da cumplimiento al estado óptimo del vehículo con toda su documentación al día e igualmente</td><td>Ver anexo</td></tr>
</table>

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

		para el conductor, afiliaciones a seguridad social y demás requisitos del orden legal, cumpliendo así a satisfacción totalmente por parte del contratista. Para la operación de los vehículos en las rutas establecidas, se emitieron los respectivos extractos de contrato FUEC.	
f)	**Dar aviso a CORCUMVI en el evento de presentarse circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor que le impidan cumplir con el objeto contractual, adjuntando las pruebas que demuestren el hecho.**	La prestación de servicio se realizó sin novedad.	
g)	**Suscribir con el supervisor el acta de liquidación y/o acta de terminación, de conformidad con lo previsto en este contrato y dar estricto cumplimiento a todo lo aquí pactado.**	Se realizará la suscripción del acta de liquidación de conformidad con la prestación del servicio.	
obligaciones específicas:			
1.	**Dar cumplimiento con el objeto contractual, de acuerdo con lo establecido en las condiciones técnicas, establecidas en los estudios previos y la oferta presentada, documentos que conforman parte integral del contrato.**	Se da cumplimiento a las obligaciones pactadas, garantizando la disponibilidad del vehículo durante la prestación del servicio de los trayectos pactados. Cumpliendo a satisfacción, el vehículo cumple con lo referente a modelo, aire acondicionado, tomas corrientes, sillas cómodas y reclinables, bodega para equipaje y conductor idóneo. El hotel se clasifica entre la categoria solicitada, con acomodacion doble o triple, las habitaciones contaban con baño, servicio de television y telefono. Se suministro la alimentacion en las cantidades y especificaciones establecidadas.	

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	INFORME DEL CONTRATISTA	Código: FR – 037 Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

2.	**Atender en forma inmediata cualquier cambio que se presente en la prestación del servicio.**	Se estableció comunicación con el señor DIEGO CRUZ GAVILAN, Coordinador Logístico de la empresa LLANO TRANSPORTES HCM SAS, con quien se atendió oportunamente las necesidades del servicio según cronograma establecido por la entidad CORCUMVI.	
3.	**Cumplir con los pagos de seguridad social integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.**	La empresa contratista dio cumplimiento a la obligación de realizar las afiliaciones al sistema de seguridad social de los conductores asignados y el coordinador logístico. Se anexa afiliaciones y planilla de seguridad social # 9476821575.	
4.	**El contratista deberá garantizar la idoneidad para la ejecución de las actividades en los ítems contratados.**	Los conductores, los vehículos y el coordinador logístico cuentan con su idoneidad y documentación acorde a los requerimientos exigidos por el MINISTERIO DE TRANSPORTE y para el caso que nos ocupa materia de este TRANSPORTE ESPECIAL DE PASAJEROS DECRETO 431 DE 2017, DECRETO 478 2022.	
5.	**Obrar con buena fé y lealtad en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y demoras.**	Se da cumplimiento a los tiempos y procesos contractuales establecidos por la entidad CORCUMVI, actuando bajo el principio de buena fe, lealtad y evitando afectaciones a la entidad.	
Obligaciones adicionales:			
1.	**El contratista deberá garantizar la disponibilidad de los vehículos por el tiempo de duración del servicio según el contrato, en los tiempos pactados garantizando el cumplimiento de las obligaciones según cronograma de actividades**	Se da cumplimiento a las obligaciones pactadas, garantizando la disponibilidad del vehículo durante la prestación del servicio de los trayectos pactados. Cumpliendo a satisfacción.	
2.	**El servicio de transporte de personal es a todo costo a cargo del contratista o prestador del servicio, lo que incluye el vehículo en óptimas condiciones, con sus respectivas licencias, permisos y**	El servició se prestó de conformidad con lo señalado en el estudio previo y contrato posteriormente, una vez firmado por las partes.	

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	**INFORME DEL CONTRATISTA**	**Código: FR – 037** Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

	demás requisitos legales equipamiento de carreteras, y seguridades para los vehículos de transporte terrestre de pasajeros, conductor con su debida afiliación laboral y pago al día de aportes de seguridad social (salud, pensión, riesgos laborales), combustibles gastos de alimentación de conductor de parqueadero y de garaje del vehículo, pago de peajes cuando a ello hubiere lugar pago de impuestos tasas contribuciones y demás costos directos e indirectos de la prestación del servicio.	El servicio se presta a todo costo incluyendo todos los ítems descritos en el numeral 2 de obligaciones adicionales, todos estos costos son asumimos por la empresa LLANO TRANSPORTES HCM SAS. se da cumplimiento al estado óptimo del vehículo con toda su documentación al día e igualmente para el conductor, afiliaciones a seguridad social y demás requisitos del orden legal, cumpliendo así a satisfacción totalmente por parte del contratista.	
3.	**El vehículo designado para realizar los trayectos intermunicipales debe ser confortable con derecho a bodega y en general todas las condiciones necesarias para el viaje se pueda llevar a cabo en condiciones de dignidad y seguridad.**	Los vehículos cumplen los requisitos ofertados, incluye características como modelo moderno, aire acondicionado, tomas de corriente, asientos cómodos y reclinables, espacio para equipaje, conductor capacitado y estuvieron a disposición de la coprporación durante el tiempo establecido en el contrato y para los recorridos previstos en el contrato.	
4	**Transportar exclusivamente el personal y equipos establecidos por la corporación cultural municipal de Villavicencio y supervisor del contrato.**	Se cumplió con la directriz de CORCUMVI al transportar únicamente al personal específico destinado para este servicio, en coordinación con el contratista.	
5	**El contratista deberá garantizar la comunicación permanente con el conductor del vehículo y con la empresa prestadora del servicio de transporte por el tiempo de duración del contrato mediante telefonía móvil – celular.**	La empresa Llano Transportes HCM SAS puso a disposición del servicio un coordinador logístico el señor DIEGO CRUZ GAVILAN, quien lideró la ejecución de conformidad con lo pactado en el contrato; así mismo, dispuso la información de los conductores para su conocimiento y fines pertinentes.	
6	**En caso de que se averíe o se dañe el vehículo que dispone el contratista para la prestación del servicio, deberá sustituirlo inmediatamente garantizando que, con el cambio o la sustitución de un vehículo por otro, no**	El servicio se prestó sin novedad, con vehículos en óptimas condiciones y conductores idóneos; además de un coordinador logístico para atender	

CORCUMVI CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO NIT 822001245-4	INFORME DEL CONTRATISTA	Código: FR – 037 Versión: 003 Fecha: 9 de julio del 2019

	se genere interrupción del servicio de transporte objeto del contrato, ni desmejora en las condiciones pactadas.	cualquier novedad en caso de presentarse.	
7	**Prestar los servicios pactados de acuerdo con las especificaciones técnicas descritas por la corporación.**	La empresa Llano Transportes HCM SAS puso a disposición del servicio un coordinador logístico quien lideró la ejecución de conformidad con lo pactado en el contrato.	
8	**Cumplir con el objeto del contrato de conformidad con las especificaciones técnicas contenidas en los estudios previos, el pliego de condiciones, la propuesta y el contrato.**	El contratista Llano Transportes HCM SAS, dio cumplimiento a las especificaciones técnicas establecidas por la entidad.	
9	**Mantener los precios de su oferta en firme durante la ejecución del contrato y su vigencia, por lo cual no se aplicará formula de reajuste.**	El contratista Llano Transportes HCM SAS, mantuvo la oferta durante la ejecución del servicio de conformidad con lo presentado a la entidad.	

Nota: Toda la información que se identifica como evidencia para soportar la ejecución de las actividades del presente informe, si se requiere deben ser entregadas de forma digital (CD o DVD), el cual contiene el visto bueno del supervisor y/o el contratista en apoyo a la supervisión.

El CD o DVD debe tener como mínimo la siguiente información en carpetas separadas

- ✓ Informe de Supervisión Escaneado con Firmas
- ✓ Informe de Contratista Escaneado con Firmas
- ✓ Registro fotográfico debidamente organizado por carpetas
- ✓ Planillas de pago de seguridad social
- ✓ Soportes o Anexos (formatos)

Atentamente,

YILVER YASMANY CORREA CRUZ
C.C. N°. 1.121.876.621 de Villavicencio
Teléfono: 3186472944
Correo Electrónico:llanotransportessas@gmail.com

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	LLANO TRANSPORTES HCM SAS	CONTRATISTA	
REVISÓ	EDUARDO ALZATE HERRERA	APOYO A LA SUPERVISION	

ACCIDENTES PERSONALES GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S

HOJA 1 de 2
INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 05072021-1430-P-31-000VTE56822JUL21-D00I PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
931 93105	3420524900140	17815	0	AVENIDA CHILE	CALLE 73 N. 10-10 OFC 102	BOGOTA D.C.

TOMADOR	LLANO TRANSPORTES HCM SAS	CIUDAD	ACACIAS	NIT / C.C.	9014814108
DIRECCION	KR 31 A 11 52	TELEFONO	2112211	CORREO ELECTRONICO	LLANOTRANSPORTESSAS@
TIPO DE CONTRATO	POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES				

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
17	10	2024	INICIACION	00:00	04	10	2024	3	INICIACION	00:00	04	10	2024	3
			TERMINACION	00:00	07	10	2024		TERMINACION	00:00	07	10	2024	

CONDICIONES PARTICULARES

A. SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES

OTRAS CONDICIONES APLICABLES

* SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES

* LA SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA MATRIZ DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, LAS SOLICITUDES SUSCRITAS POR LOS GRUPOS ASEGURADOS, ASI COMO CUALQUIER DOCUMENTO ANEXO HARAN PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.

* LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION A LA EXPEDICION DEL CONTRATO , SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

* LAS COBERTURAS ASI COMO LAS SUMAS ASEGURADAS SERAN REGISTRADAS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA RIESGO.

* CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, SE ENTENDERÁ QUE A PARTIR DE ESE MOMENTO NO SE ENCUENTRA ASEGURADO PARA DICHO AMPARO, MANTENIENDOSE LA POLIZA VIGENTE PARA LOS DEMÁS EN LOS CUALES EL ASEGURADO CUMPLA LAS CONDICIONES PARA HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
TPN21 ASESORIAS LIMITADA	AGENCIA COLOCADORA	12773		100,00

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

VALORES EN PESOS EQUIV.				
PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	IMPUESTOS A LAS VENTAS	TOTAL PRIMA	OTRA PRIMA
PLICA A CADA RIESG	\PLICA A CADA RIESG(	_ICA A CADA RIES	'LICA A CADA RIES(	\PLICA AL RIESGC

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB WWW.MAPFRE.COM.CO.

EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA DETERMINAR EL MONTO DE LAS PRIMAS A PAGAR POR PARTE DEL TOMADOR, SERA LA FACTURA EMITIDA DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10626 DE DICIEMBRE 1649, AGENTE RETENEDOR DEL IVA, ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 0007 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

TOMADOR

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

ACCIDENTES PERSONALES GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S

INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 05072021-1430-P-31-000VTE56822JUL21-D001 PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
931 93105	3420524800140	17815	0	AVENIDA CHILE	CALLE 73 N. 10-10 OFC 102	BOGOTA D.C.

TOMADOR	LLANO TRANSPORTES HCM SAS	CIUDAD	ACACIAS	NIT / C.C.	9014814108
DIRECCION	KR 31 A 11 52	TELEFONO	2112211	CORREO ELECTRONICO	LLANOTRANSPORTESSAS@
TIPO DE CONTRATO	POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES				

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION

DIA	MES	AÑO
17	10	2024

VIGENCIA POLIZA

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	04	10	2024	3
TERMINACION	00:00	07	10	2024	

VIGENCIA CERTIFICADO

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	04	10	2024	3
TERMINACION	00:00	07	10	2024	

ASEGURADOS

TXT_ASEG_1

TXT_ASEG_2

BENEFICIARIOS

El beneficiario podrá ser a título gratuito y en este caso el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier momento, surtiendo efectos tal cambio, a partir de la fecha de la recepción de la notificación por escrito a la Compañía.

En el evento en que el Beneficiario sea a título gratuito y fallezca el asegurado sin que se haya designado Beneficiario, la designación se hiciere ineficaz, o falleciere simultáneamente con el Asegurado, o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios: el cónyuge del Asegurado en la mitad del Seguro y los herederos del Asegurado en la otra mitad.

TXT_BENEF_1

TXT_BENEF_2

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD

El monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma porción porcentual sobre el (L.A.R.)que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con MAPFRE

PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA

El Tomador deberá pagar dentro de los NUM_DIAS_PRIMA días contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

A. Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia

B. A la terminación de la vigencia del seguro, si este no se renueva

C. Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados

D. Cuando el tomador revoque por escrito la póliza

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 16/03, AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA RECONOCIDA EN EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5867 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

TOMADOR

NIT. 830.054.904-5 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

ACCIDENTES PERSONALES

RELACION DE ASEGURADOS

POLIZA GRUPO **3420524900141**

SOPORTE A LA FACTURA

No. **1**

DOCUMENTO	ASEGURADO	FEC DESDE	FEC HASTA	SUMA ASEG	PRIMA
1,123,814,847	PABLO GORDILLO VARGAS	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
122,516,396	MARIANA AGUILAR GAIVAO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,973,586	MIRCA BETANIA BLANCO JIMÉNEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,823,402	DANIEL ESTEBAN CONTRERAS ANGARITA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,857,165	LEYLA GABRIELA BELTRÁN NOVOA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,955,739	SAMUEL STEVEN LOZANO RIVERA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,884,021	MIGUEL ANTONIO LEÓN PRADA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,188,217,730	RONNY SANTIAGO MENDOZA FERNÁNDEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,922,281	SANTIAGO BERRÍO BERNAL	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,028,941,983	MARÍA JOSÉ TÉLLEZ BECERRA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,933,962	CARLOS JAVIER JARA HERNÁNDEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,016,716,018	KAROL SOFÍA BUSTAMANTE SÁNCHEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,986,334	ISABEL SOFÍA OLIVEROS BALDIÓN	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,988,447	SAMUEL MAURICIO ÁVILA GUATIVA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,120,501,589	KAREN NATALIA FORERO HERNÁNDEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,660,649	JULIÁN ESTEBAN IZQUIERDO VELÁSQUEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,981,892	DANNA ORTIZ SALAZAR	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
86,070,243	JAIME ANDRÉS SUAREZ GUZMÁN	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,123,432,967	DIEGO LEANDRO PUERTA RÍOS	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,507,444	JUAN ESTEBAN CABALLERO GUTIÉRREZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,985,264	NICOL SOFIA ACOSTA CALDERÓN	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,508,493	CAMILO ANDRÉS ACOSTA BERNAL	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,512,716	PABLO JAVIER SEIJA MANCERA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
PPT 4984365	BRYAN JOSE ENRIQUE SÁNCHEZ CARVAJAL	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,026,259,983	SAMANTA ORDOÑEZ PEÑA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,779,656	JULIÁN LONDOÑO ROA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700

1,029,642,608	STIVEN ELICIO TORRES PIMIENTO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,000,810,442	LUISA MARÍA CERQUERA RAMÍREZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,034,296,254	BRIAM STIVEN CAPERA ASTAHIZA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,013,107,821	SANTIAGO MARTÍNEZ MONTERO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,123,436,548	MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESTRADA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,123,806,823	JACOB VIDES VARGAS	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,773,709	JOSÉ EDUARDO LEÓN LANDINEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,821,710	JOHAN STIVEN GARZÓN PARDO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,001,329,001	ANDRÉS FELIPE FUENTES REYES	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,509,594	JULIÁN CAMILO BOJACÁ CANO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,123,433,051	LAURA SOFÍA BARRERA UMBACIA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,520,855	MARCO DAVID JARA GONZÁLEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,520,245	SANTIAGO ANDRÉS MARTÍNEZ POLANÍA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,006,779,935	ANA MARÍA LONDOÑO ROA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,922,887	JÉSSICA DEL PILAR CHÁVEZ GUTIÉRREZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,882,886	SANTIAGO CARABALLO ROCHA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,949,552	JAVIER ALEJANDRO RAMÍREZ LÓPEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,856,039	JUAN DIEGO FORERO CAMARGO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,119,888,794	JOSÉ MIGUEL AMAYA FRANCO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,018,410,878	ANGIE NATHALI FERNÁNDEZ CASTRO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
17,326,588	RENE ALEJANDRO CARRASQUEL OLMOS	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
86,047,685	OMAR ALCIDES NIEVES VALDEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
17,340,600	EINDALECIO ANANÍAS CASTRO GONZÁLEZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,128,520	LEONEL ANDRÉS CASTRO JARA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,120,360,252	YORDAN STIVEN CALDERÓN RAMÍREZ	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,123,804,966	ÁNGEL DAVID GUARÍN OROS	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,122,926,442	KAREN JULIANA ARDILA JUYO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,029,656,122	ELIZETH TATIANA ARAGÓN MORENO	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
86,049,877	EDUARDO ANTONIO ALZATE HERRERA	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,841,509	DIEGO ANDRES CRUZ GAVILAN	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
1,121,968,636	JULIANA SALINAS GUZMAN	4/10/2024	6/10/2024	50,000,000	11,700
VALORES POR EL PERIODO FACTURADO					**666,900**

223

MAPFRE COLOMBIA

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
COMPAÑIA ASEGURADORA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A

NIT: 830.054.904-6
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION 18764056879301
FECHA 27/09/2023
VIGENCIA 27/03/2025 AUTORIZA DEL 195729 HASTA 2500000 HABILITA
SEGUN RESOLUCION 5098 DEL 21/06/2013

RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS
ACTIVIDAD ECONOMICA 6512

RAZÓN SOCIAL: LLANO TRANSPORTES HCM SAS

ID: 901481410-8
DIRECCIÓN: KR 31 A 11 52
CIUDAD: ACACIAS
TELÉFONO: 2112211

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° 226869

Ref. de Pago: 3420524900141

FECHA DE FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO
19 octubre 2024	19 noviembre 2024

FORMA DE PAGO	MEDIO DE PAGO
Crédito	Acuerdo Mutuo

ID	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IMPUESTO	VALOR TOTAL
1	931	ACCIDENTES PERSONALES GRUPO	1	666,900	IVA (0%) 0	666,900

VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS PESOS M/L cop

SUB - TOTAL	$ 666,900
IMP. CONSUMO	$ 0
I.V.A %	0
TOTAL	$ 666,900

OBSERVACIONES:

Base de calculo de IVA : COP 666,900.00
Numero de poliza : 3420524900141

pse Pague su factura aquí

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A LA LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO. SI SU PAGO ES CON CHEQUE FAVOR GIRARLO A NOMBRE DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S A EN CASO DE PAGO CON CHEQUE, SE CONSIDERA QUE EL PAGO SE HA PRODUCIDO CUANDO EL CHEQUE HA SIDO PAGADO. VENCIDO EL PLAZO SE COBRARA INTERES MENSUAL POR MORA AL MAXIMO LEGAL.

Software propio: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S ANit:830.05 4-6-6

CUFE ea59c21f168ad3c147af6988080688e89cb843a975c5ffd77b54a78050d6821badb0c0a8d97a353b6af820faf40ce8d0

Comprobante

de pago en línea

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Pago realizado por: YILVER YASMANY CORREA CRUZ

Nro. de factura: 1643209715

Descripción del pago: Pago Mapfre Seguros Colombia

Nro. de referencia: 1643209715

Nro. de referencia 2: NIT

Nro. de referencia 3: 8300549046

Fecha y hora de la transacción: Jueves 17 de Octubre de 2024 02:48:34 PM

Nro. de comprobante: 0000049153

Valor pagado: $ 666,900.00

Producto: *******9609

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

MAPFRE | COLOMBIA

NOTA DE COBERTURA NUEVO NEGOCIO

FACILITY

COMPAÑÍA	:	**MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**
RAMO	:	**ACCIDENTES PERSONALES POR EVENTO**
PRODUCTO	:	**93101**
TOMADOR	:	LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S
NIT	:	901481410-8
POLIZA	:	
VIGENCIA	:	**DESDE (DIA** 04 **MES** 10 **AÑO** 2024)
		HASTA (DIA 06 **MES** 10 **AÑO** 2024)
EMISIÓN	:	**INNOMINADA ( )**
		NOMINADA ( )

MAPFRE otorga NOTA DE COBERTURA para la póliza en referencia, bajo las condiciones particulares correspondientes al Facility ACCIDENTES PERSONALES POR EVENTO, el cual ha sido aceptado por el cliente.

Con el fin de proceder con la emisión de la póliza, requerimos la siguiente información:

- Formulario SARLAFT (con menos de 1 año de vigencia)
- Cámara de Comercio (con menos de 30 días de vigencia)
- Rut
- Declaración de Renta
- Fotocopia de la Cédula del Representante Legal
- Listado Actualizado de asegurados (opcional)
- Condiciones particulares Facility con firma del Representante Legal
- Anexo 1 (completamente diligenciado)
- Anexo 2 (completamente diligenciado)

NOMBRE : Juan Esteban Muñoz Moreno

NÚMEROS DE CONTACTO : 3176444076

CORREO ELECTRÓNICO : jemuno2@mapfre.com.co

ACCIDENTES PERSONALES MAPFRE



Ciudad y fecha:Bogotá 03 de septiembre del 2024

Señores:LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S

TOMADOR: LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S

NIT:901481410-8

PROPUESTA PRODUCTO ACCIDENTES PERSONALES POR EVENTO

FACILITY

Respetados Señores:

Para MAPFRE COLOMBIA es un privilegio presentar términos y condiciones de cotización del negocio de la referencia para su estudio y aprobación.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros para obtener la protección y el respaldo esperado para sus asegurados, en los momentos que más lo requieren.

La presente propuesta se realiza con base en la información que ha sido suministrada a MAPFRE para el estudio de esta; si por alguna circunstancia dicha información no coincide con la realidad, MAPFRE podrá ajustar las condiciones técnicas y económicas.

En caso de aceptación de la presente propuesta, los términos y condiciones aquí recogidas se configurarán como parte integrante del contrato de seguro.

La entrega de la presente cotización no implica aceptación del riesgo, tendrá un término de vigencia de treinta (30) días calendario y está sujeta al envió detallado de asegurados y los siniestros o reclamaciones con corte a la fecha de iniciación de vigencia del seguro.

Quedamos atentos a resolver cualquier inquietud.

Cordial Saludo,

NOMBRE :Juan Esteban Muñoz Moreno

NÚMEROS DE CONTACTO :3176444076

CORREO ELECTRÓNICO :jemuno2@mapfre.com.co

MAPFRE

CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1. AMPAROS BÁSICOS

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

Si el asegurado fallece como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, MAPFRE pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha del accidente ocurra durante la vigencia de la póliza y el fallecimiento suceda dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguiente, a partir de la fecha del accidente.

Se entiende por accidente el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que le cause el fallecimiento. Se incluye homicidio.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE

Si el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, sufre una(s) de la(s) lesión(es) o pérdida(s) descrita(s) a continuación, MAPFRE pagará el porcentaje que le corresponda sobre el valor asegurado para este amparo, siempre que la lesión o pérdida que padezca, suceda dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes, a partir de la fecha del accidente con base en la siguiente tabla:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA UNILATERAL OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%

MAPFRE

Pérdida: Amputación quirúrgica o traumática de:

- Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca o por encima de ella.
- Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.
- Dedos: Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.
- Ojos: Pérdida total e irrecuperable de la visión.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder el valor asegurado contratado para este amparo.

Cualquier pérdida o limitación no descrita en la tabla anterior no será objeto de cobertura.

2.2. GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia de las lesiones causadas por un accidente amparado por la póliza, el asegurado requiere de asistencia médica o quirúrgica, que le genere el pago de honorarios médicos, hospitalización, rayos x, ambulancia, medicamentos, fisioterapia, prótesis, aparatos ortopédicos de tipo funcional, servicio de enfermería pertinentes para la recuperación del lesionado, MAPFRE reembolsará el valor de los gastos a quien acredite haberlos pagado o a quienes el asegurado autorice, sin exceder el valor total de la suma asegurada para este amparo, siempre que el accidente generador de los gastos médicos ocurra durante la vigencia de la póliza y se hubiere contratado esta cobertura.

Los gastos incurridos después de los cien (100) días calendario siguientes, contados a partir de la fecha del accidente no serán objeto de cobertura.

MAPFRE sólo pagará los honorarios de médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud graduados y oficialmente autorizados para ejercer su profesión. Los medicamentos (aprobados por el ministerio de salud y protección social o su dependencia ante el INVIMA) a que se hace alusión en la presente cobertura deben tener por único objeto la curación de las lesiones producidas por el accidente

2.3. AUXILIO EXEQUIAL

Si el asegurado fallece como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, MAPFRE pagará la suma asegurada para este amparo al (los) beneficiario (s) designado (s) o en su defecto los de ley, para sufragar los gastos funerarios.

3. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA

EL AMPARO BÁSICO Y LOS ADICIONALES NO TENDRÁN COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.
- LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.

MAPFRE

- ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EJERCIENDO FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRASPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

4. GRUPO ASEGURABLE

Quedarán amparados bajo el presente contrato de seguros los Empleados, Asociados, Clientes, del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

5. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de 3 días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

6. VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por MAPFRE el cual se indicará en la carátula de la póliza.

7. EDADES

AMPAROS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO
Fallecimiento Accidental	1 año	75 años y 364 días
Inhabilitación Total y Permanente por accidente	1 año	75 años y 364 días
Gastos Médicos	1 año	75 años y 364 días
Auxilio Exequial	1 año	75 años y 364 días

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Por favor seleccionar la opción que aplique

- Relación de Asegurados 57
- Número Total de Asegurados 57

MAPFRE

9. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a MAPFRE, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

MAPFRE pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

Para Fallecimiento:

- Copia del documento de identificación del asegurado.
- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Acta de Levantamiento del cadáver.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia.
- Prueba de alcoholemia
- Certificación bancaria de los beneficiarios.

Para Inhabilitación Total y Permanente:

- Copia del documento de identificación del asegurado.
- Copia de historia clínica completa.
- Copia de certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando origen, evolución y naturaleza de la Inhabilitación Total y Permanente.
- Informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del accidente
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Gastos Médicos:

- Copia del documento de identificación del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa.
- Copia de certificado del médico tratante.
- Facturas originales canceladas.
- Certificación bancaria del asegurado.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

11. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

MAPFRE

12. DEDUCCIONES

- La suma que MAPFRE hubiese pagado por el amparo de Inhabilitación Total y Permanente, se deducirá de la indemnización que pueda corresponder por el amparo de Fallecimiento Accidental.
- Las indemnizaciones que MAPFRE haya pagado por concepto de la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciere con posterioridad por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.
- La ocurrencia de cualquier pérdida por la cual haya de pagarse el 100% de la suma asegurada bajo el amparo de Inhabilitación Permanente, causará la terminación del seguro.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima antes de que inicie el evento.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por Fallecimiento o Inhabilitación total y permanente.
- Cuando el Tomador revoque por escrito la póliza.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al Tomador

14. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza es a corto plazo, por lo tanto, no aplica renovación.

15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento antes de la ocurrencia del evento.

16. CONDICIONES ECONÓMICAS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO		
	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3
Fallecimiento Accidental	$ 10.000.000	$ 30.000.000	$ 50.000.000
Inhabilitación Total y Permanente	$ 10.000.000	$ 30.000.000	$ 50.000.000
Gastos de médicos	$ 2.000.000	$ 3.000.000	$ 5.000.000
Auxilio exequial	$ 2.000.000	$ 3.000.000	$ 5.000.000
PRIMA POR PERSONA POR DIA			
De 10 a 100 asegurados	**$ 1.200**	**$ 2.300**	**$ 3.900**
De 101 a 500 asegurados	**$ 800**	**$ 1.500**	**$ 2.600**
Mas de 500 asegurados	**$ 400**	**$ 800**	**$ 1.300**

PRIMA MÍNIMA: $200.000

MAPFRE

PLAN SELECCIONADO (Puede seleccionar solo uno de los planes)

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
De 10 a 100 asegurados	☐	☐	☒
De 101 a 500 asegurados	☐	☐	☐
Mas de 500 asegurados	☐	☐	☐

17. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO.

El monto total indemnizable por parte de MAPFRE por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, De esta manera las sumas a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer.

Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con MAPFRE.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD $ 1.000.000.000

18. CONDICIONES DE ADMINISTRACION

18.1. PERIODICIDAD DE COBROS

Único cobro

18.2. PAGO DE LA PRIMA

El valor de la prima deberá pagarse antes de la ocurrencia del evento cubierto bajo esta póliza, de lo contrario no habrá lugar a pago de reclamación alguna en caso de siniestro.

233

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Transporte

LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S.

FORMATO ÚNICO DE EXTRACTO DEL CONTRATO DEL SERVICIO PÚBLICO DE TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR ESPECIAL

No.: 550577523202400040034

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL: **Llano Transportes Hcm S.A.S.**

NIT: 901481410-8
CONTRATO No.: 0004
CONTRATANTE : CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI

NIT/CC : 822001245-4
OBJETO CONTRATO: CONTRATO PARA TRANSPORTE EMPRESARIAL

ORIGEN: VILLAVICENCIO
DESTINO: DUITAMA – PAIPA y retorno al punto de origen

Formato según R. 6652/2019 acogiéndose a lo dispuesto en la Ley 527/1999 Dec. 1074/2015 Cap 47 Art 2.2.2.47.1
CONVENIO DE COLABORACIÓN: EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTES DORADO VIP S.A.S.

VIGENCIA DEL CONTRATO

FECHA INICIAL	**DÍA** 03	**MES** 10	**AÑO** 2024
FECHA VENCIMIENTO	**DÍA** 07	**MES** 10	**AÑO** 2024

CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

PLACA	MODELO	MARCA	CLASE
GET399	2020	MERCEDES BENZ	MICROBUS

NÚMERO INTERNO	NÚMERO DE TARJETA DE OPERACIÓN
005	421056

	NOMBRES Y APELLIDOS	No. CÉDULA	No. LICENCIA CONDUCCIÓN	VIGENCIA
DATOS DEL CONDUCTOR 1	JHOAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL	1121904808	1121904808	2025-08-23
DATOS DEL CONDUCTOR 2	XxxxxXxxxx	xx.xxx.xxx	xx.xxx.xxx	xxxx-xx-xx
DATOS DEL CONDUCTOR 3	XxxxxXxxxx	xx.xxx.xxx	xx.xxx.xxx	xxxx-xx-xx
RESPONSABLE DEL CONTRATO	NOMBRES Y APELLIDOS: LUCILA GOMEZ TORRES	No. CÉDULA: 40399561	No. TELÉFONO: 67044005	DIRECCIÓN: CRA 45ª No. 8-16/50 BR LA ESPERANZA

Dirección: Carrera 31 a 11 – 52 Barrio las Acacias
ACACIAS META
Teléfonos: 3186472944
Correo electrónico:
Llanotransportessas@gmail.com

YILVER YASMANY CORREA CRUZ

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

LICENCIA DE TRÁNSITO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030841333
PLACA: GET399
MARCA: MERCEDES BENZ
LÍNEA: SPRINTER 515 CDI
MODELO: 2020
CILINDRADA CC: 2.143
COLOR: BLANCO ARTICO
CLASE DE VEHÍCULO: MICROBUS
TIPO CARROCERÍA: CERRADA
SERVICIO: PÚBLICO
COMBUSTIBLE: DIESEL
CAPACIDAD Kg/PSJ: 20
NÚMERO DE MOTOR: 651955W0095057
REG: N
VIN: 8AC906657LE169849
NÚMERO DE SERIE: ******
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 8AC906657LE169849
REG: N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
SERVICIO ESPECIAL 217 EXPRESS S.A.
IDENTIFICACIÓN: NIT 901263957



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 148
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482019000309506
VE
FECHA IMPORT: 23/04/2019
PUERTAS: 3
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - BANCO DE OCCIDENTE
FECHA MATRÍCULA: 11/07/2019
FECHA EXP. LIC. TTO: 03/01/2024
FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA
LT07002967921

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

TARJETA DE OPERACIÓN

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

TARJETA DE OPERACIÓN
No.421056

DATOS VEHÍCULO

No. DE PLACA:	GET399	**AÑO MODELO:**	2020
CLASE DE VEHÍCULO:	MICROBUS	**MARCA:**	MERCEDES BENZ
TIPO DE CARROCERIA:	CERRADA	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	**SENTADOS:** 20	**DE PIE:**	
CARGA:		**MODALIDAD DE SERVICIO:**	ESPECIAL
LÍNEA:	SPRINTER 515 CDI		
NIVEL DE SERVICIO:			
RADIO DE ACCIÓN:	NACIONAL		

DATOS EMPRESA

RAZÓN SOCIAL EMPRESA:	EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTES DORADO VIP S.A.S
NIT:	901379421
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:	MZ 17 CA 9 URB EL PARQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA
FECHA DE EXPEDICIÓN:	06-03-2024
VIGENCIA:	**DESDE:** 09-03-2024 **HASTA:** 09-03-2026
AUTORIDAD QUE EXPIDE:	DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA

FIRMA DEL FUNCIONARIO

Concesión RUNT 2.0 SAS - Nit.901581627-8 - Colombia / Línea de atención nacional 01 8000 930060 - www.runt.gov.co

236

CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE AMPARO

PÓLIZA	2000432610	**NÚMERO CERTIFICADO**	1876338	
VIGENCIA	**Desde**	2024-08-05	**Hasta**	2025-08-03
RAMO	PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO			
PÓLIZA	2000432611	**NÚMERO CERTIFICADO**	1876339	
VIGENCIA	**Desde**	2024-08-05	**Hasta**	2025-08-03
RAMO	PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A PASAJEROS TRANSPORTADOS EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PUBLICO			
TOMADOR	SERVICIOS ESPECIALES 217 EXPRESS S.		**NIT**	901,263,957
ASEGURADO	SERVICIOS ESPECIALES 217 EXPRESS S. Y/O PROPIETARIOS Y/O AFILIADOS		**NIT**	901,263,957

DATOS VEHÍCULO ASEGURADO

PLACA:	**SKV650**
MARCA:	CHEVROLET
MODELO:	2008
CLASE:	BUS
MOTOR:	6WA1400617

COBERTURAS

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO	V/ASEGURADO
Danos a bienes de terceros	100 SMMLV
Muerte o lesiones a una persona	100 SMMLV
Muerte o lesiones a dos o mas personas	200 SMMLV
Amparo patrimonial	INCLUIDO
Asistencia Juridica	INCLUIDO

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A PASAJEROS TRANSPORTADOS EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PUBLICO	V/ASEGURADO
Muerte	100 SMMLV
Incapacidad permanente	100 SMMLV
Incapacidad temporal	100 SMMLV
Gastos medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospitalarios	100 SMMLV

Esta constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villavicencio a los (05) días del mes de Agosto de 2024.

FIRMA AUTORIZADA
COMPANIA SEGUROS MUNDIAL SA

VIGILADO
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Líneas de Atención al Cliente
BOGOTÁ: (+601) 327 47 12/13
NACIONAL: 01 8000 111 935
SITIO WEB www.segurosmundial.com.co
@SegurosMundial

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

TÉCNICO MECÁNICA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 174300616

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LOS CENTAUROS SAS

NIT: 900374437 **No. de Certificado de Acreditación:** 11 OIN 003

Fecha de expedición: 2024/07/05 **Fecha de vencimiento:** 2025/07/05

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	GET399	**CLASE:**	MICROBUS
MARCA:	MERCEDES BENZ	**MODELO:**	2020
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	2143	**NRO. MOTOR:**	651955W0095057
NRO. CHASIS:	8AC906657LE169849	**VIN:**	8AC906657LE169849
LÍNEA:	SPRINTER 515 CDI		
COLOR:	BLANCO ARTICO		

NOMBRE PROPIETARIO: SERVICIO ESPECIAL 217 EXPRESS S.A.S.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JOSE GREGORIO JIMENEZ PEREZ

Concesión RUNT 2.0 SAS / Nit 901581627-8 / Colombia / Línea de atención nacional 01 8000 930060 / www.runt.gov.co

238

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

SOAT

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2024-07-10	2024-07-11	2025-07-10

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/TONS	MODELO
4308005543649000	GET399	INTERMUNICIPAL	PUBLICO	2143	2020

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
20	MERCEDES BENZ	SPRINTER 515 CDI	CERRADA

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
651955W0095057	8AC906657LE169849	8AC906657LE169849	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ESPECIAL EXPRESS, SERVICIO	3118901134	CC	901263957	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	43	999913588	0	BOGOTA D C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
920	$ 569400	$ 296000	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 867500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68[2] 8,77
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180 750 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	

FIRMA AUTORIZADA

[1] **Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 180, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.**

[2] **Para las demás tarifas no citadas en (1).**

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad, impresión física en papel común tamaño carta con código QR, en formato PDF con código QR el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil a #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en vigilados autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere abogado.

Cláusula de Coexistencia de Pólizas

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017 emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se compruebe que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia de su fecha de inicio teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. a tomador del seguro.

Habeas Data

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera a información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionadas con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de presente contrato, en caso contrario y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer actualizar y rectificar mis datos personales solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a os mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a os mismos una vez al mes, que podrá ejercerlos en la calle 67 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3407555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la pág na de internet www.previsora.gov.co

FOP-11 Version 0 Aprobada el 01 de julio del 2021

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901481410
Número Afiliación:	9015864
Razón social:	LLANO TRANSPORTES HCM SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1121904808
Nombre:	JHOAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL
Fecha Ingreso:	25/07/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	4492301
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	24/07/2024 12:37:51 p. m.

200

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogota 12.08.2024

Señores,

-

Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2024-08-12 con numero de radicado 5633172 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 5633172

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S.
NIT.901481410-8

Vigilado SuperTransporte

Acacias, 09 de agosto de 2024

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado con NIT 901481410-8 – LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	C.C.	1121904808	JHOAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL	1.300.000	25/07/2024		Cll 29 sur # 46 - 13	META	3107891629 - 3205747026	Jhoancortesv1110@gmail.com
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador.

Cordialmente

Quedo atento,

YILVER YASMANY CORREA CRUZ
Gerente.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2024/08/12 **11:23 am** **Radicado: 4402682**

Recibe: JENNIFER CAROLINA PEÑA GONZALEZ
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

Información Empresa:

Nit: 901481410 **Telefono:**0
Razón Sócial: LLANO TRANSPORTES HCM SAS
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1121904808 **Telefono:** 0
Nombre: CORTES VILLARREAL JOHAN ALEXANDER

Dependencia:
[redacted]ON DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadanía**
  -1121904808 JOHAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  -1121904808 JOHAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL

Observaciones:

2 FOLIOS
REACTIVACION
AUTORIZA TRATAMIENTO DE DATOS
CORREO : llanotransportessas@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar antes del 10 de marzo de cada año certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados [redacted] el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Subsidio

JHOAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL

CC. No. 1.121.904.808 de *Villavicencio*



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1121904808

NOMBRE

JHOAN ALEXANDER CORTES VILLARREAL

FECHA DE NACIMIENTO

16-10-1993

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICION

23-08-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	10-11-2025	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	23-08-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	23-08-2025	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02005350542

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Transporte

LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S.

FORMATO ÚNICO DE EXTRACTO DEL CONTRATO DEL SERVICIO PÚBLICO DE TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR ESPECIAL

No.: 550577523202400040035

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL: **Llano Transportes Hcm S.A.S.**

NIT: 901481410-8
CONTRATO No.: 0004
CONTRATANTE : CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI

NIT/CC : 822001245-4
OBJETO CONTRATO: CONTRATO PARA TRANSPORTE EMPRESARIAL

ORIGEN: VILLAVICENCIO
DESTINO: DUITAMA – PAIPA y retorno al punto de origen

Formato según R. 6652/2019 acogiéndose a lo dispuesto en la Ley 527/1999 Dec. 1074/2015 Cap 47 Art 2.2.2.47.1
CONVENIO DE COLABORACIÓN: SERVICIO ESPECIAL 217 EXPRESS S.A.S.

VIGENCIA DEL CONTRATO

FECHA INICIAL	**DÍA** 03	**MES** 10	**AÑO** 2024
FECHA VENCIMIENTO	**DÍA** 07	**MES** 10	**AÑO** 2024

CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

PLACA	MODELO	MARCA	CLASE
SKV650	2008	CHEVROLET	BUS

NÚMERO INTERNO	NÚMERO DE TARJETA DE OPERACIÓN
7812	427856

	NOMBRES Y APELLIDOS	No. CÉDULA	No. LICENCIA CONDUCCIÓN	VIGENCIA
DATOS DEL CONDUCTOR 1	ALEXIS LEANDRO SANCHEZ CORREA	1121857033	1121857033	2025-07-22
DATOS DEL CONDUCTOR 2	XxxxxXxxxx	xx.xxx.xxx	xx.xxx.xxx	xxxx-xx-xx
DATOS DEL CONDUCTOR 3	XxxxxXxxxx	xx.xxx.xxx	xx.xxx.xxx	xxxx-xx-xx
RESPONSABLE DEL CONTRATO	LUCILA GOMEZ TORRES	40399561	No. TELÉFONO 67044005	DIRECCIÓN CRA 45ª No. 8-16/50 BR LA ESPERANZA

Dirección: Carrera 31 a 11 – 52 Barrio las Acacias
ACACIAS META
Teléfonos: 3186472944
Correo electrónico:
Llanotransportessas@gmail.com

YILVER YASMANY CORREA CRUZ

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

LICENCIA DE TRÁNSITO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027363043

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
SKV[illegible]0	CHEVROLET	LV 150	2008

CILINDRADA	COLOR	SERVICIO
11.000	BLANCO VERDE	PÚBLICO

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
BUS	CERRADA	DIESEL	45

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
6WA1400617	N	******

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GCLV15038B001013	N	9GCLV15038B001013	N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RIVERZAS TOURS TRANS S.A.S	NIT 901578805

RESTRICCION MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
08002110712057	I	24/06/2007	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
22/06/2007	03/10/2022	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

ITBOY - DIST TTO NO. 2/ NOBSA





LT08000095796

FOP-11 Version 0 Aprobada el 01 de julio del 2021

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

TARJETA DE OPERACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

TARJETA DE OPERACIÓN
No.427856

DATOS VEHÍCULO

No. DE PLACA:	SKV650	**AÑO MODELO:**	2008
CLASE DE VEHÍCULO:	BUS	**MARCA:**	CHEVROLET
TIPO DE CARROCERIA:	CERRADA	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	**SENTADOS:** 45	**DE PIE:**	
CARGA:		**MODALIDAD DE SERVICIO:**	ESPECIAL
LÍNEA:	LV 150		
NIVEL DE SERVICIO:			
RADIO DE ACCIÓN:	NACIONAL		

DATOS EMPRESA

RAZÓN SOCIAL EMPRESA:	SERVICIO ESPECIAL 217 EXPRESS S.A.S.
NIT:	901263957
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:	Calle 5 No 23 03 Barrio Alborada
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO
FECHA DE EXPEDICIÓN:	22-04-2024
VIGENCIA:	**DESDE:** 22-04-2024 **HASTA:** 22-04-2026
AUTORIDAD QUE EXPIDE:	DIRECCION TERRITORIAL META

FIRMA DEL FUNCIONARIO

Concesión RUNT 2.0 SAS / Nit 901581627-8 / Colombia / Línea de atención nacional 01 8000 930060 / www.runt.gov.co

247

CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE AMPARO

PÓLIZA	2000408885	**NÚMERO CERTIFICADO**	19027145	
VIGENCIA	**Desde**	2024-07-02	**Hasta**	2025-06-25
RAMO	PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO			
PÓLIZA	2000408884	**NÚMERO CERTIFICADO**	19027146	
VIGENCIA	**Desde**	2024-07-02	**Hasta**	2025-06-25
RAMO	PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A PASAJEROS TRANSPORTADOS EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PUBLICO			
TOMADOR	TRANSPORTES DORADO VIP S.A.S		**NIT**	901,379,421
ASEGURADO	SERVICIOS ESPECIALES 217 EXPRESS S. Y/O PROPIETARIOS Y/O AFILIADOS		**NIT**	901,263,957

DATOS VEHÍCULO ASEGURADO

PLACA:	**GET399**
MARCA:	MERCEDES BENZ
MODELO:	2020
CLASE:	MICROBUS
MOTOR:	651955W0095057

COBERTURAS

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO	V/ASEGURADO
Danos a bienes de terceros	100 SMMLV
Muerte o lesiones a una persona	100 SMMLV
Muerte o lesiones a dos o mas personas	200 SMMLV
Amparo patrimonial	INCLUIDO
Asistencia Juridica	INCLUIDO

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL A PASAJEROS TRANSPORTADOS EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PUBLICO	V/ASEGURADO
Muerte	100 SMMLV
Incapacidad permanente	100 SMMLV
Incapacidad temporal	100 SMMLV
Gastos medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospitalarios	100 SMMLV

Esta constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villavicencio a los (29) días del mes de Agosto de 2024.

FIRMA AUTORIZADA
COMPANIA SEGUROS MUNDIAL SA

VIGILADO
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

HOJA DE VIDA DE VEHICULO

TÉCNICO MECÁNICA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 174918732

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO

NIT: 900633942

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-007-001

Fecha de expedición: 2024/08/01

Fecha de vencimiento: 2025/08/01

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SKV650	**CLASE:**	BUS
MARCA:	CHEVROLET	**MODELO:**	2008
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	11000	**NRO. MOTOR:**	6WA1400617
NRO. CHASIS:	9GCLV15038B001013	**VIN:**	
LÍNEA:	LV 150		
COLOR:	BLANCO VERDE		

NOMBRE PROPIETARIO: RIVERZAS TOURS TRANS S.A.S

FIRMA DEL RESPONSABLE

RUBERT FERNANDO BELTRAN ACOSTA

249

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2024-06-15	2024-06-16	2025-06-15

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1508005718933000	SKV650	INTERMUNICIPAL	PUBLICO	11000	2008

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
45	CHEVROLET	CERRADA

LÍNEA VEHÍCULO
LV 150

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
6WA1400617	9GCLV15038B001013		0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
RIVERZAS TOURS TRANS SAS	3133472932	NI	9015788051	VILLAVICENCIO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	15	13693	0	MEDELLIN

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
920	$ 569400	$ 296000	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 867500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
	701,68 [2]	
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la poliza, que se envia a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas.

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 #

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901481410
Número Afiliación:	9015864
Razón social:	LLANO TRANSPORTES HCM SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1121857033
Nombre:	ALEXIS LEANDRO SANCHEZ CORREA
Fecha Ingreso:	04/10/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	4492301
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	03/10/2024 04:55:21 p.m.

251

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011814863	0|4|1|0|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo afil acion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — B. De oficio ☐

3. Regimen — A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
SANCHEZ (Primer apellido)	CORREA (Segundo apellido)	ALEXIS (Primer nombre)	LEANDRO (Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1121857033	Femenino ☐ Masculino ☒	0|4|10|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1300000

18. Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 15 6 09		3134427347	SERVICIOS.NHG@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
VILLAVICENCIO	Urbana ☒ Rural ☐		META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LLANO TRANSPORTES HCM S A S	NIT	901481410	01

39. Ubicación				
CR 31 A N 11 52 BRR LAS ACACIAS (Dirección)	3134427347 (Teleéfono)	LLANOTRANSPORTESSAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	ACACIAS (Municipio/distrito)	META (Departamento)

252

No de Radicacion
4011814863

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación					
Primer apellido	Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]			0|4|1|0|2|0|2|4

[redacted]S anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46.[x] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47.[ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48.[ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49.[ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50.[ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51.[ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52.[x] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53.[x] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Leandro Sanchez	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

[redacted] 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: 0

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2024/10/08 **5:35 pm** **Radicado:** 7307721

Recibe: ANGIE MELISA SILVA GUTIERREZ
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 449

Información Empresa:
Nit: 901481410 **Telefono:**0
Razón Sócial: LLANO TRANSPORTES HCM SAS
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:
Documento: 1121857033 **Telefono:** 0
Nombre: SANCHEZ CORREA ALEXIS LEANDRO

Dependencia:
[redacted]ON DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

-1121857033 ALEXIS LEANDRO SANCHEZ CORREA

Observaciones:

1 FOLIO / REAFILIACION / AFILIACION VIRTUAL
llanotransportessas@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar antes del 10 de marzo de cada año certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

[redacted]

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Subsidio

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1121857033

NOMBRE

ALEXIS LEANDRO SANCHEZ CORREA



FECHA DE NACIMIENTO
04-10-1989

SANGRE-RH
B+

FECHA DE EXPEDICION
22-07-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	22-07-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	22-07-2025	PUBLICO



HOGER GARTNER 2107SX/1121

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

I C02005256648

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901481410
Número Afiliación:	9015864
Razón social:	LLANO TRANSPORTES HCM SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1121841509
Nombre:	DIEGO ANDRES CRUZ GAVILAN
Fecha Ingreso:	04/10/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	4492301
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	03/10/2024 05:08:11 p.m.

256

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogota 09.10.2024

Señores,

-

Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2024-10-09 con numero de radicado 8363127 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

257

NUMERO DE RADICADO : 8363127

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S.
NIT.901481410-8

Vigilado SuperTransporte

Acacias, 03 de octubre de 2024

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado con NIT 901481410-8 – LLANO TRANSPORTES HCM S.A.S, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	C.C.	1121841509	DIEGO ANDRES CRUZ GAVILAN	1.300.000	04/10/2024		Cra 18B # 9-21 Bochica 1	META	3214372178	Gavilan170488@gmail.com
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador.

Cordialmente

Quedo atento,

YILVER YASMANY CORREA CRUZ
Gerente.

Bardy Santisteo
Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2024/10/08 **5:24 pm** **Radicado:** 7307709

Recibe: ANGIE MELISA SILVA GUTIERREZ
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 449

Información Empresa:

Nit: 901481410 **Telefono:**0
Razón Sócial: LLANO TRANSPORTES HCM SAS
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1121841509 **Telefono:** 0
Nombre: CRUZ GAVILAN DIEGO ANDRES

Dependencia:
[redacted]ON DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

-1121841509 DIEGO ANDRES CRUZ GAVILAN

Observaciones:

1 FOLIO / REAFILIACION / AFILIACION VIRTUAL
llanotransportessas@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar antes del 10 de marzo de cada año certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

[redacted]

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Subsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.121.841.509
NUMERO

CRUZ GAVILAN
APELLIDOS

DIEGO ANDRES
NOMBRES

Diego Andres Cruz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1988
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-JUN-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LÓPEZ

P-5200100-69153541-M-1121841509-20061121 04142 06324A 02 212334006

LLANO TRANSPORTES HCM SAS
901.481.410-8
Cra 31a 52 Br las Acacias
Acacías - Colombia
(608) 3186472944
llanotransportessas@gmail.com

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Factura electronica de venta

N°: FE 32

Cliente: CORPORACION CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO CORCUMVI
Nit: 822.001.245-4
Teléfono: (608) 3105503260 - Ext. 000
Dirección: CRA 45A N°8-16/50 BRR LA ESPERANZA
Correo: tesoreria@corcumvi.gov.co

Fecha y hora Factura

Generación	18/10/2024, 09:05
Expedición	18/10/2024, 09:05
Vencimiento	25/10/2024
Vendedor	Yilver Yasmany Correa
Centro de costo	0
Cotización	

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Valor Impto.Rete.	Vr. Total
1	SERVICIO DE TRANSPORTE DE PERSONAL A TODO COSTO EN VEHICULO TIPO MICROBUS CON CAPACIDAD PARA 17 PASAJEROS Y VEHICULO TIPO BUS CON CAPACIDAD DE 40 PASAJEROS CON BODEGA RUTA: VILLAVICENCIO-DUITAMA-PAIPA CON DISPONIBILIDAD DEL 04 AL 06 DE OCTUBRE DE 2024. SEGUN INVITACION DE MINIMA CUANTIA No SMC-006-2024 Y ACEPTACION DE OFERTA No 154 -2024,	1.00	9,702,000.00	0 %	339,570.00	9,362,430.00
2	ALIMENTACION PARA 22 PERSONAS 8 COMIDAS (VIERNES,SABADO Y DOMIGO)	1.00	3,520,000.00	0 %	123,200.00	3,396,800.00
3	ALOJAMIENTO PARA 22 PERSONAS 2 NOCHES TRES DIAS	1.00	5,280,000.00	0 %	184,800.00	5,095,200.00
4	SEGURO MEDICO	1.00	798,000.00	0 %	27,930.00	770,070.00

Total items: 4

Total Bruto	19,300,000.00
Retefuente 3.5%	675,500.00
Total a Pagar	18,624,500.00

Valor en Letras:
Dieciocho millones seiscientos veinticuatro mil quinientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-10-25 por $ 18,624,500.00

Observaciones:
Favor consignar a la cuenta de ahorros # 84400001584 Bancolombia.

Elaborado por

Firma recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072028118 aprobado en 20240531 prefijo FE desde el número 12 al 1000 Vigencia: 12 Meses**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901481410	8	LLANO TRANSPORTES HCM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 31A 11 52 BR LAS ACACIAS	ACACIAS-META	3186472944	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1027235767	9476821575	E	2024/11/06	2024/11/05	BANCO AV VILLAS	0	$467,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1121904808	CORTES VILLARREAL JHOAN ALEXANDER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0
2	CC	1121841509	CRUZ GAVILAN DIEGO ANDRES	230301	4	$173,334	$27,800	EPS005	4	$173,334	$7,000	CCF34	4	$173,334	$7,000	14-4	4	$173,334	$7,600	4	$0	$0
3	CC	1121857033	SANCHEZ CORREA ALEXIS LEANDRO	230301	4	$173,334	$27,800	EPS002	4	$173,334	$7,000	CCF34	4	$173,334	$7,000	14-4	4	$173,334	$7,600	4	$0	$0
Total			**Afiliados(3)**			**$1,646,668**	**$263,600**			**$1,646,668**	**$66,000**			**$1,646,668**	**$66,000**			**$1,646,668**	**$71,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$263,600	$0	$0	$263,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$263,600	$0	$0	$263,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$71,800	$0	$0	$71,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	3	$71,800	$0	$0	$71,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$66,000	$0	$0	$66,000
COFREM	CCF34	892,000,146	3	3	$66,000	$0	$0	$66,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$66,000	$0	$0	$66,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$7,000	$0	$0	$7,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$59,000	$0	$0	$59,000
TOTAL				3	$467,400	$0	$0	$467,400

262

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que la empresa LLANO TRANSPORTES HCM SAS identificada con documento NIT número 901,481,410 y número de afiliación 9015864, tiene cobertura desde 24 de febrero de 2023 con la ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Con la siguiente información:

Tasas de Riesgo:

CLASE DE RIESGO	COTIZACION
RIESGO IV	4.350 %

La presente certificación se expide con destino a Llanotransportessas@Gmail.Com

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 9 de octubre de 2024 a las 04:55:44 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CORCUMVI NIT 822001245-4	INFORME DE SUPERVISIÓN	Código: FR – 038
		Versión: 004
		Fecha: 09 de julio del 2019

Villavicencio Octubre 18 de 2024

INFORME DE SUPERVISIÓN
ACEPTACIÓN DE LA OFERTA Nº. 154 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2024
PERIODO ÚNICO COMPRENDIDO ENTRE EL CUATRO (04) DE OCTUBRE DE 2024 Y EL SEIS (06) DE OCTUBRE DE 2024

1. DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN:
Mediante acta de nombramiento de fecha 3) de octubre del 2024, firmada por la directora de la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio, del contrato objeto de este informe se designaron como:

Aplica	No Aplica	DESIGNACIÓN	NOMBRE
X		Supervisor	LUCILA GÓMEZ TORRES
X		Contratista en apoyo a la supervisión	EDUARDO ANTONIO ALZATE
	X	Interventor	

OBJETIVO: Mantener informado a la Corporación Cultural Municipal de Villavicencio sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias y verificar que las actividades realizadas sean ejecutadas con calidad y en los términos establecidos.

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO Nº	ACEPTACIÓN DE LA OFERTA Nº. 154 DEL 03 DE OCTUBRE DE 2024
No DE PROCESO SECOP	SMC-006-2024
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATISTA:	**LLANO TRANSPORTES HCM SAS** NIT 901.481.410-8 DE VILLAVICENCIO (META)) **YILVER YASMANY CORREA C.C 1.121.876.621**
OBJETO	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA LA BANDA SINFÓNICA Y GRUPO LLANERO DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO",**

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

CORCUMVI NIT 822001245-4	INFORME DE SUPERVISIÓN	Código: FR – 038
		Versión: 004
		Fecha: 09 de julio del 2019

2.1. CONDICIONES INICIALES

VALOR DEL CONTRATO:	**DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($19.300.000)**
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CINCO (5) DÍAS
FECHA DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA:	TRES (3) DE OCTUBRE DEL 2024
FECHA DE INICIO:	CUATRO (04) DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	OCHO (08) DE OCTUBRE DE 2024

2.2. MODIFICACIONES APLICA ☐ NO APLICA ☒

CESIÓN:	N/A	FECHA: 0 DE 0 DEL 20
VALOR DE LA CESIÓN	$	
ADICIÓN EN VALOR		FECHA:
PRORROGAS, SUSPENSIONES O REINICIOS.	N/A	FECHA: DÍA (-) DE MES DEL 20--
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:		

3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES GENERALES

ÍTEM A			ÍTEM B			ÍTEM C			ÍTEM D			ÍTEM E			ÍTEM F		
SI	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**
X			X			X			X			X			X		

ÍTEM G			
SI	**NO**	**N/A**	

OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO	**El contratista en el periodo único comprendido entre el cuatro (4) de octubre al seis (6) de octubre del presente año, cumplió con la ejecución de los ítems A, B, C, D, E, y F de las obligaciones generales sin ninguna novedad. El ítem G de las obligaciones generales se llevará a cabo una vez se surtan los requisitos de informe, pagos, etc., suscribir el acta de liquidación.**

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ÍTEM 1			ÍTEM 2			ÍTEM 3			ÍTEM 4			ÍTEM 5		
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
X			X			X			X			X		
OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO			**El contratista en el periodo único comprendido entre el cuatro (4) de octubre al seis (6) de octubre del presente año, cumplió con la ejecución de los ítems 1, 2, 3, 4, y 5 de las obligaciones específicas sin ninguna novedad.**											

OBLIGACIONES ADICIONALES:

ÍTEM 1			ÍTEM 2			ÍTEM 3			ÍTEM 4			ÍTEM 5			ÍTEM 6		
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
X			X			X			X			X			X		
ÍTEM 7			ÍTEM 8			ÍTEM 9											
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A									
X			X			X											
OBSERVACIONES DURANTE ESTE PERIODO			**El contratista en el periodo único comprendido entre el cuatro(4) de octubre al seis (6) de octubre del presente año, cumplió con la ejecución de los ítems los ítems 1,2,3,4,5,6,7,8, y 9 de las obligaciones adicionales sin ninguna novedad.**											

PORCENTAJE DE AVANCE FÍSICO EJECUTADO100%

3.1. INFORMES PARCIALES: APLICA ☐ NO APLICA ☒

INFORME PARCIAL N°.	PERIODO	RANGO DE FECHAS	PORCENTAJE EJECUTADO

4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES:

Se verificó el cumplimiento de afiliaciones al sistema de seguridad social e igualmente se validó el pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo laborado

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

por el Contratista.

OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2024	
IBC	$1.300.000
SALUD	$66.000
PENSIÓN	$263.600
COFREM	$66.000
RIESGOS PROFESIONALES (ARL)	$71.800
VALOR PAGADO	$ 467.400
N° DE PLANILLA	9476821575

4.1 HISTÓRICO IBC DEL PRESENTE CONTRATO:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE $19.300.000		IBC	
PERIODO	**MES Y AÑO**	**N°. PLANILLA**	**VALOR IBC PAGADO**
ÚNICO	OCTUBRE DEL 2024	9476821575	$1.300.000
		TOTAL PAGADO	**$1.300.000**

5. AVANCE FINANCIERO INICIAL

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	-----	--	----
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$19.300.000	04/10/2024 AL 06/10/2024	100%
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 19.300.000	04/10/2024 AL 06/10/2024	100%
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$19.300.0000	04/10/2024 AL 06/10/2024	100%

5.1. AVANCE FINANCIERO ADICIÓN APLICA ☐ NO APLICA ☒

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
ANTICIPO	0	--	0
VALOR DE LA ADICIÓN			
PRIMER PAGO			
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE PERIODO			
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$	0	
VALOR TOTAL DE LA ADICIÓN	$		%

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

CORCUMVI NIT 822001245-4	INFORME DE SUPERVISIÓN	Código: FR – 038
		Versión: 004
		Fecha: 09 de julio del 2019

6. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor y/o contratista en apoyo a la supervisión certifico que durante el **PERIODO ÚNICO** comprendido entre el CUATRO (04) de OCTUBRE del 2024 y el SEIS (06) de OCTUBRE del 2024, el contratista cumplió a satisfacción con las actividades objeto de la ACEPTACIÓN DE LA OFERTA **Nº154** DEL TRES (03) de OCTUBRE del 2024, además desarrolló todas las obligaciones pactadas.

Igualmente certifico que revisé las evidencias requeridas, como: registro fotográfico, planillas, formatos, información en el CD/DVD y demás información que demuestra el cumplimiento de las actividades del contrato.

OBSERVACIONES GENERALES DEL CONTRATO	Se cumplió a satisfacción con todas las obligaciones contractuales.

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor **DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.300.000).**

LUCILA GÓMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
SUPERVISOR

EDUARDO ANTONIO ALZATE HERRERA
C.C 86.049.877 DE VILLAVICENCIO
APOYO A LA SUPERVISIÓN

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMAS
ELABORÓ	EDUARDO ANTONIO ALZATE	APOYO A LA SUPERVISIÓN	
REVISÓ	YANETH CÁRDENAS		

Carrera 45a No. 8-16/50. La esperanza Villavicencio - Meta -Colombia.
Página web: www.corcumvi.gov.co
E-Mail: direccion@corcumvi.gov.co

CORCUMVI NIT 822001245-4	ACTA DE LIQUIDACIÓN	Código: FR – 047
		Versión 005
		Fecha: 11 de Agosto de 2021

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA N°. **154** DEL TRES (03) DE OCTUBRE DEL 2024, SUSCRITO ENTRE LA **CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO – CORCUMVI** CON **NIT. 822.001.245-4** Y **LLANO TRANSPORTES HCM SAS**, **CON NIT** N°. **901481410-8** R/L YILVER- YASMANY CORREA CRUZ

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA LA BANDA SINFÓNICA Y GRUPO LLANERO DE LA CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

VALOR INICIAL:	APORTE DE CORCUMVI: DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.300.000).	
PLAZO:	CINCO (05) DIAS	
FECHA DE INICIO:	CUATRO (04) DE OCTUBRE DE 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	OCHO (08) DE OCTUBRE DE 2024	
FECHA DE SUSPENSIÓN:	XXX O N/A	
TIEMPO DE SUSPENSIÓN:	XXX O N/A	
FECHA DE REINICIO:	XXX O N/A	
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:	SEIS (06) DE OCTUBRE DE 2024	
ADICIÓN N°. X	**FECHA DE ADICIÓN:** DÍA (X) DE MES DEL XX	**VALOR DE ADICIÓN:** VALOR EN LETRAS M/CTE ($ X.XXX.XXX).
PLAZO ADICIÓN N° X.	"NUMERO EN LETRAS" (X) MESES Y "NUMERO EN LETRAS" (X) DÍAS.	
FECHA INICIO ADICIÓN:	DÍA (X) DE MES DEL 20XX	
FECHA TERMINACIÓN ADICIÓN	DÍA (X) DE MES DEL 20XX	
VALOR DESEMBOLSADO:	-0-	
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE INFORME APORTE CORCUMVI	DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (19.300.000)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 19.300.000).	

CORCUMVI NIT 822001245-4	**ACTA DE LIQUIDACIÓN**	**Código: FR – 047**
		Versión 005
		Fecha: 11 de Agosto de 2021

SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA:	-0-
FECHA DE LIQUIDACIÓN:	

CONTRATISTA: DECLARA HABER CUMPLIDO CON EL OBJETO DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA N°. 154 DEL TRES (03) DE OCTUBRE DEL 2024, CUMPLIENDO EL OBJETO CONVENIDO.

SUPERVISOR: CERTIFICA QUE HIZO SEGUIMIENTO AL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA N°. 154 DEL TRES (03) DE OCTUBRE DEL 2024 Y QUE SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL MISMO.

Por lo anterior el/la contratista se declara conforme con la liquidación de este contrato a paz y salvo con la **CORPORACIÓN CULTURAL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO - CORCUMVI.**

Se deja constancia a los 13 días del mes de Noviembre de 2024 se liquidó el contrato cumpliéndose a satisfacción por los que en ella participaron:

LUCILA GÓMEZ TORRES
C.C. 40.399.561 DE VILLAVICENCIO
DIRECTOR

YILVER YASMANY CORREA CRUZ
C.C. 1.121.876.621 DE VILLAVICENCIO
R/L LLANO TRANSPORTES HCM SAS
NIT 901481410-8
CONTRATISTA

EDUARDO ANTONIO ALZATE H.
C.C 86.049.877
APOYO A LA SUPERVISION

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMAS
ELABORÓ	EDUARDO ANTONIO ALZATE HERRERA	APOYO A LA SUPERVISIÓN	

CORCUMVI NIT 822001245-4	EVALUACION DE PROVEEDORES	Código: FR - 030
		Versión: 002
		Fecha: Diciembre de 2017

Los siguientes son los criterios para realizar la evaluación del proveedor una vez a finalizada la prestación del servicio y/o entrega del bien

FECHA EVALUACION		No ACEPTACION DE LA OFERTA	154	DE	

NOMBRE DEL PROVEEDOR (CONTRATISTA)	LLANO TRANSPORTES HCM SAS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT:	NIT 901481410-8

NOMBRE DEL INTERVENTOR Ó SUPÉRVISOR	LUCILA GOMEZ TORRES (SUPERVISORA)/ EDUARDO ANTONIO ALZATE(APOYO A LA SUPERVISION)

TIPO DE CONTRATO	PRESTACION SERVICIOS	X	SUMINISTRO		CONVENIO	

Marque con una X en la casilla frente a la opcion que evalua la ejecucion, solo una vez por item.

Para el item 1, 2 y 4 solo hay 2 opciones de Rango de Evaluación con puntaje de 1 ó 5; para los demás items existen 3 Rangos de Evaluación 1-3 y 5

ITEM	CRITERIO	PUNTAJE					
		1		3		5	
1	Cumplimiento del objeto del contrato	No cumple				Cumple	5
2	Calidad de bien, obra o servicio	No cumple				Cumple	5
3	Cumplimiento en los tiempos de entrega o ejecución	No cumple		Entrega inoportuna justificada adecuadamente.		Cumple	5
4	Solución a quejas y reclamos	No cumple				Cumple o no se presentaron	5

Consolidar Puntaje por ítem		
	ITEM 1	5
	ITEM 2	5
	ITEM 3	5
	ITEM 4	5
	TOTAL	20

EVALUACION DE ACUERDO A TOTAL DEL PUNTAJE	
	MARQUE CON UNA X
DE 16 A 20 CUMPLE	X
MENOS DE 16 NO CUMPLE	

OBSERVACIONES

Firma del Interventor/Supervisor

Firma de Enterado por parte del Contratista