ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA FORMATO CERTIFICACION SERVICIOS POLIZA ACCIDENTES	Código: FOR-GL-004 Versión: 0 Fecha: Memo I2019049197 - 26/11/2019 Página: 1 de 2

CERTIFICACION SERVICIOS POLIZA ACCIDENTES No. (18-68-100001090)

Expedida por seguros de vida del estado

1. Datos Entidad

1.1. Nombre Unidad Operativa: Jardín FANA

1.2. Localidad: Suba 11

1.3. Nombre de Proyecto: Generacion de oportunidades para el desarrollo integral de la niñez y adolescencia

1.4. Nombres y Apellidos del Usuario: Ian Samuel Vela Bernal

1.5. Número de Identificación: NUIP X T.I. ____ CC ____ No. 1031862938

2. Actividad que desarrollaba:

Siendo las 12:10 pm el niño Ian Samuel Vela Bernal se encontraba en el momento del almuerzo. la silla en la que estaba sentado se desplazó hacia atrás por los movimientos que realizo el niño. De manera inmediata se realizó la valoracion inicial, no evidenciandose golpes, lesiones visibles. Sin embargo se activa poliza de seguro. Se informa oportunamente a la madre de familia

3. Lugar del Accidente: Comedor

4. Fecha: 19 febrero 2026 Hora 12:10 pm

5. Número de teléfono del cual se realiza la llamada: 3057572446.

6. Datos de la Aseguradora

6.1. Nombre del Asesor que atiende: Valentina Muñoz

6.2. Código de Autorización: 482377

6.3. Nombre del Centro de Salud donde es remitido: Hospital de Suba.

7. Responsable Unidad Operativa:

7.1. Nombres y Apellidos: Francia Rodriguez Guerrero

7.2. Firma: Francia Rodriguez Guerrero

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 18-68-1000001090

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
CHICO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	NEGOCIO NUEVO
	12 12 2025	15 12 2025	04 01 2028	

DATOS TOMADOR

NOMBRE SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL **DOCUMENTO:** NIT 899999061-9

DIRECCION CR 7 NRO. 32 - 12 **CIUDAD** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL **TELEFONO** 3279797

ASEGURADOS: PERSONAL VINCULADO A LOS PROGRAMAS DE LA SDIS

BENEFICIARIOS : LOS DE LEY

INTERMEDIARIOS

INTERMEDIARIO	PARTICIPACION
991131 WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA COR	55 %
971118 PROSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS	45 %

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA

INFORMACION DEL RIESGO

CATEGORIA : 1 - SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

AMPAROS	SUMA ASEGURADA $	PRIMA $	ASEGURADOS
MUERTE ACCIDENTAL	3,570,000,000,000.00	1,698,195,205.00	140000
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	2,100,000,000,000.00	0.00	140000
DESMEMBRACIÓN EVAPE - 004 A	3,570,000,000,000.00	0.00	140000
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	3,150,000,000,000.00	0.00	140000
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE POR ACCIDENTE	2,520,000,000,000.00	0.00	140000
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	7,000,000,000,000.00	0.00	140000

PRIMA	ANUAL	$1,698,195,205.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

OBSERVACIONES

TOMADOR : SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL.

NIT No. : 899.999.061-9

ASEGURADOS: PERSONAL VINCULADO A LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, QUE SON APROXIMADAMENTE 140.000 PERSONAS. ESTA POLIZA ES INNOMINADA.

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

PLAN DE PAGOS: CONTADO **CONDUCTO DE PAGOS:** DIRECTO EFECTIVO

Hacen parte de la presente Póliza, las condiciones Generales contenidas en la forma 0, ADJUNTA.

Articulo 1152. Salvo lo previsto en el Artículo siguiente 1153, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlas.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

(415)7709998021150(8020)21003600574823(3900)001698195205(96)20261215

REFERENCIA PAGO:

2100360057482-3

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1031862938

Indicativo Serial 62847407

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	X	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A	X	H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 59 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELA * * * * * * * * * * * * * * * *	BERNAL * * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

IAN SAMUEL *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 31	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	25035310104875 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BERNAL SEGURA YEIMY JULIANA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006538827 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VELA ABRIL JUAN PABLO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1070924837 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VELA ABRIL JUAN PABLO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1070924837 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2025 Mes ABR Día 05	OLGA MARIA VALERO MORENO Nombre y firma

Reconocimiento preferente	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OLGA MARIA VALERO MORENO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: TOMO 6; FOLIO 250; 05/04/2025

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

DAYANNA ALEJANDRA BARCEÁ CORTÉS
C.C. 1.000.215.219

Cadena s.a.