IBAGUE, JUNIO 17 /2019.

CONSTRUCCIÓN CONCESIONARIA
SECRETARIA GENERAL
IBAL S.A. ESP OFICIAL
RADICACIÓN No.
FECHA: 17-Junio-2019 - H: 4:23 pm
FUNCIONARIO: Viviana R.

SEÑORES =
IBAL. S.A.
IBAGUE.

REF. = RADICACION. DOCUMENTOS A. SUBSANAR.

CORDIAL SALUDO, ENTREGAMOS.

1.- ORIGINAL. POLIZA de CUMPLIMIENTO PARTICULAR SERIEDAD de la OFERTA.
2.- CERTIFICACION. de NO INHABILIDAD e INCOMPATIBILIDAD.
3.- SISTEMA de GESTION de SEGURIDAD y SALUD en el TRABAJO.
4. PAGO PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL.
5. CONTRATO de ARRENDAMIENTO SERVICIO de CAMIONETA.

CORDIALMENTE.

CONZALO MONROY QUINTERO
REPRESENTANTE FUNDACION.
HORIZONTES del MAÑANA

# SEGUROS DEL ESTADO S. A

**NIT Nro. 860.009.578-6**

3046

| EXPEDIDO EN | SUCURSAL | CODIGO | 06/06/2019 | CLAVE | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESPINAL | 25 | 40044 | | 40044 | VALENCIA MERCHAN OLGA MARINA |

RECIBIMOS DE: FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA NIT NO. 809,008,925-9

VALOR TOTAL: SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE

| SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO | PRIMA | GASTOS | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO PRIMA POLIZA DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR SERIEDAD DE OFERTA NO. 25-45-10 | $ 49.781,00 | $ 7.000,00 | $ 10.788 | $ 67.569 |
| | | | $ 0 | $ 0 |
| | | | $ 0 | $ 0 |

| OTROS CONCEPTOS DE PAGO | VALOR |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO : | $ 67.569 |
| CHEQUE: | $ 0 |
| | 0.00 |
| OTROS: | |
| TOTAL: | $ 67.569 |

TRANSACCION 25001830179349531660221892103751 46 2019
ESTE RECIBO NO TIENE VALIDEZ SIN EL SELLO DE LA CAJA
REGISTRADORA Y/O FIRMA DE LA CAJA,O SI EL VALOR
DE LOS CHEQUES NO ES ABONADO POR BANCO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

## ECOPETROL

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | 25 | 25-45-101031955 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 06 | 2019 | 10 | 06 | 2019 | 00:00 | 15 | 09 | 2019 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL | FUNDACION HORIZONTES DEL MANANA | | IDENTIFICACIÓN NIT: 809.008.925-9 |
| DIRECCIÓN: MZ E 2 CA 18 | | CIUDAD: ESPINAL, TOLIMA | TELÉFONO: 2483501 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL | | IDENTIFICACIÓN NIT: 800.089.809-6 |
| DIRECCIÓN: KR 3 NRO. 1 - 04 | | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO 2611298 |
| ADICIONAL: | | | |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A 30-06-2009, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR LA SERIEDAD Y VALIDEZ DE LA PROPUESTA PRESENTADA PARA PARTICIPAR EN LA INVITACION NO. 064 DE 2019, RELACIONADO CON CONTRATAR LOS SERVICIOS DE ASEO Y CAFETERIA, MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA A LAS INSTALACIONES INTERNAS Y EXTERNAS DEL IBAL SA. ESP OFICIAL, INCLUYENDO LOS EQUIPOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO CONTRATADO.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| SERIEDAD DE LA OFERTA | 10/06/2019 | 15/09/2019 | $49,781,394.80 |

FECHA ADJUDICACIÓN : 15/07/2019

**ACLARACIONES**

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******49,781.00 | $ *******7,000.00 | $ ******10,788.00 | $ **********67,569.00 | $ *******49,781,394.80 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| OLGA MARINA VALENCIA MERCHAN | 40844 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE***

Olga Marina Valencia
Asesora de Seguros
olga2759@yahoo.es
Cra. 6 No. 10-09 Tel. 239 0255 - Espinal
Cels. 315 600 3686 - 312 364 2132

25-45-101031955

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RAMIREZ Impresores Ltda. PBX: 3110255 Nit. 860.350.636-1 PUNICA 01

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE PARTICULARES

## I AMPAROS

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, EN ADELANTE DENOMINADA **SEGURESTADO**, OTORGA AL ASEGURADO LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CON SUJECIÓN, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO Y SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, A LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

### 1.1. AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS CAUSADOS POR EL TOMADOR/GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE SUSCRIBIR EL CONTRATO OBJETO DE LA LICITACIÓN, CONCURSO, CONVOCATORIA O INVITACIÓN, EN LOS TÉRMINOS DE LA PROPUESTA Y CONDICIONES QUE DIERON FUNDAMENTO A LA ADJUDICACIÓN. ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGÚN TIPO DE SANCIÓN.

### 1.2. AMPARO DE ANTICIPO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO, POR LOS PERJUICIOS ECONÓMICOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE LA FALTA DE AMORTIZACIÓN, EL MAL USO O LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL TOMADOR/GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO, PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE ANTICIPOS QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS EN EFECTIVO O POR MEDIOS DIFERENTES AL CHEQUE O A TRANSFERENCIAS BANCARIAS ELECTRÓNICAS DE DINERO.

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR EL USO DE LOS DINEROS ENTREGADOS COMO PAGO ANTICIPADO AL TOMADOR/GARANTIZADO.

### 1.3. AMPARO DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL NO REINTEGRO A ÉSTE, POR PARTE DEL TOMADOR/GARANTIZADO, DEL DINERO ENTREGADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, NO EJECUTADO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE PAGOS ANTICIPADOS QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS EN EFECTIVO O POR MEDIOS DIFERENTES AL CHEQUE O A TRANSFERENCIAS BANCARIAS ELECTRÓNICAS DE DINERO.

### 1.4. AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO IMPUTABLE AL TOMADOR/GARANTIZADO DE LAS OBLIGACIONES EMANADAS DEL CONTRATO GARANTIZADO.

### 1.5. AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE CARÁCTER LABORAL A CARGO DEL TOMADOR/GARANTIZADO CON SUS TRABAJADORES, RELACIONADAS CON EL PERSONAL VINCULADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PARA PARTICIPAR EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO Y SOBRE LAS CUALES SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR AL PERSONAL DE LOS SUBCONTRATISTAS O A AQUELLAS PERSONAS VINCULADAS AL TOMADOR/GARANTIZADO BAJO MODALIDADES DIFERENTES AL CONTRATO DE TRABAJO, NI CUBRE EL PAGO DE OBLIGACIONES ANTE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL NI OBLIGACIONES PARAFISCALES.



GRÁFICAS COLOMBIA LTDA 02/2013

## 5. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO

EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO EN VIRTUD DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SERÁ EL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA CADA UNO DE ELLOS. EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RESTABLECERÁ AUTOMÁTICAMENTE EN NINGÚN CASO.

## 6. PAGO DEL SINIESTRO

LA INDEMNIZACIÓN PODRÁ SER PAGADA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS, A OPCIÓN DE SEGURESTADO.

## 7. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

LA INDEMNIZACIÓN A QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LA EFECTIVIDAD DEL PRESENTE SEGURO, SE REDUCIRÁ EN EL MISMO MONTO EN QUE OPERE UNA COMPENSACIÓN DE DEUDAS ENTRE EL TOMADOR/GARANTIZADO Y EL ASEGURADO EN LOS TÉRMINOS DE LEY.

TAMBIÉN SE REDUCIRÁ LA INDEMNIZACIÓN SOLICITADA, SI EL ASEGURADO OBTIENE POR CUALQUIER MEDIO, UN RESARCIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS.

## 8. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, SEGURESTADO SE SUBROGARÁ HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE EL ASEGURADO TENGA CONTRA EL TOMADOR/GARANTIZADO COMO RESPONSABLE DEL SINIESTRO.

EN TAL SENTIDO, EL ASEGURADO SE OBLIGA A REALIZAR TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE A SEGURESTADO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN. LO ANTERIOR INCLUYE LA INTERVENCIÓN OPORTUNA EN PROCESOS JUDICIALES O CONCURSALES QUE SE PUEDAN ADELANTAR RESPECTO DEL TOMADOR/GARANTIZADO.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, DARÁ LUGAR A LA REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN, POR EL VALOR DE LOS PERJUICIOS CON ELLO SE LE CAUSEN A SEGURESTADO.

## 9. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, LAS OBLIGACIONES DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS QUE PARTICIPAN EN ÉL, NO SON SOLIDARIAS Y LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A SU PARTICIPACIÓN, LA CUAL SE ESTABLECERÁ EN LA PÓLIZA DE LA ASEGURADORA LÍDER.

**LA FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA CON NIT 809008925-9.**

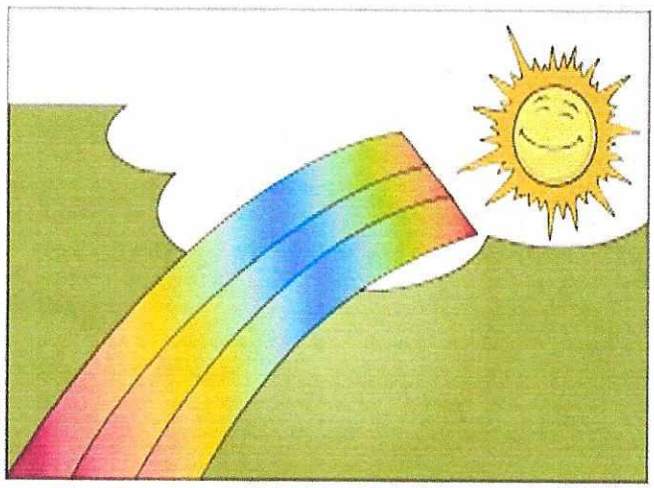
## CERTIFICA QUE:

YO **NUBIA ESPERANZA PEREZ VERA**, identificada(o) con C.C. 65.705.129 como aparece al pie de mi firma y en calidad de representante legal de la fundación horizontes del mañana. declaro bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incursa(o) en causal de inhabilidad e incompatibilidad o deudas con entidades territoriales del municipio de Ibagué.
Igualmente, autorizo a que se verifique por cualquier medio la información aportada en virtud de la mencionada convocatoria, y en caso de falsedad, a que se desplieguen las acciones contempladas en la Ley.

Para constancia de lo anterior se firma a los 17 días del mes de junio del 2019.

Cordialmente,

**NUBIA ESPERANZA PEREZ VERA**
Nombre completo
Documento de identidad No.



# FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA

# SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**2019**

## FUNDACIÒN HORIZONTES DEL MAÑANA

### DESIGNACIÓN RESPONSABLE DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El presente documento tiene como propósito oficializar el nombramiento del responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

La Administración de la fundación Horizontes del Mañana, designa como representante en seguridad y salud en el trabajo a **Yurani Andrea Osuna Lozano** con cc 65.709.611 de Espinal, quien independientemente a las responsabilidades de su cargo en la compañía, tendrá como responsabilidad y autoridad de lo siguiente:

a. Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para la eficiencia del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en trabajo del condominio.

b. Informar a la gerencia sobre el desempeño del Sistema de Gestión y de cualquier necesidad de mejora.

c. Liderar para que se promueva la toma de conciencia del buen ambiente laboral de forma responsable y segura.

d. Fomentar el autocuidado de todos los trabajadores en sus actividades diarias.

Firma en aprobación:

**NUBIA ESPERANZA PEREZ VERA**
REPRESENTANTE LEGAL

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Osuna | Lozano | Yurani Andrea |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 65709611

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 02 AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ataldes

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana H casa 5 B/cascada

PAÍS Colombia DEPTO Tolima

MUNICIPIO Espinal

TELÉFONO 3133503673 EMAIL yuranicandreaosuna24036@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Profesional S.S.T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | ~~5o.~~ | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 04 AÑO 2017 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No.SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 | X | | Profesional S.S.T | 11 | 2016 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Empresa de Servicios Publicos | PÚBLICA: | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: tolima | MUNICIPIO: Coello | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DÍA 14 MES 02 AÑO 2018 | | FECHA DE RETIRO: DÍA 14 MES 06 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: Profesional S.S.T | DEPENDENCIA: Espu coello | | DIRECCIÓN: |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SERTEM SALUD | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: tolima | MUNICIPIO: Espinal | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DÍA 03 MES 04 AÑO 2016 | | FECHA DE RETIRO: DÍA 03 MES 06 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO: Secretaria Porvenir | DEPENDENCIA: AREA Administrativa | | DIRECCIÓN: |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Porvenir | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: tolima | MUNICIPIO: Ibague | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DÍA 06 MES 05 AÑO 2015 | | FECHA DE RETIRO: DÍA 09 MES 11 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO: Asesora | DEPENDENCIA: Porvenir | | DIRECCIÓN: |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: | PÚBLICA: | PRIVADA: | PAÍS: |
| DEPARTAMENTO: | MUNICIPIO: | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO: | DEPENDENCIA: | | DIRECCIÓN: |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 2 | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 8 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 5 | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 15 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**YURANI ANDRE OSUNA LOZANO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 65.709.611*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST**

*con una duración de 50 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pitalito, a los dieciseis (16) días del mes de mayo de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por
ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SUBDIRECTORA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
REGIONAL HUILA

**34964370 - 16/05/2016**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9528001172292CC65709611C.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGIE LORENA RODRIGUEZ PEREZ, identificada con Cédula de Ciudadania No. 1.105.687.223, trabajador de la empresa FUNACION HORIZONTES DEL MAÑANA está afiliada a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS con tipo de vinculación Dependiente desde el 26/02/2016 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra ACTIVO.

Dada a los 30 días del mes de Mayo de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

rtifica que la empresa FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA identificada con NI-809008925 sucursal 0, canceló los es de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| RENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA |
|---|---|---|---|---|
| pensión: | 2019-01 | 231001 | 800227940 | COLFONDOS |
| salud: | 2019-02 | EPS044 | 901097473 | MEDIMAS EPS |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| aportante: | B | CCF48 | 800211025 | COMFATOLIMA |
| go: | 2019-04-01 | PASENA | 899999034 | SENA |
| | | PAICBF | 899999239 | ICBF |
| | | PAESAP | 899999054 | ESAP |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU |

| ENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA |
|---|---|---|---|---|
| pensión: | 2019-02 | 231001 | 800227940 | COLFONDOS |
| salud: | 2019-03 | EPS044 | 901097473 | MEDIMAS EPS |
| ro.: | 8654564863 Tipo E | 14-23 | 860011153 | POSITIVA |
| aportante: | B | CCF48 | 800211025 | COMFATOLIMA |
| go: | 2019-04-10 | PASENA | 899999034 | SENA |
| | | PAICBF | 899999239 | ICBF |
| | | PAESAP | 899999054 | ESAP |
| | | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| ENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA |
|---|---|---|---|---|
| nsión: | 2019-03 | 231001 | 800227940 | COLFONDOS |
| ud: | [illegible] | EPS044 | 901097473 | MEDIMAS EPS |
| s.: | 8654564197 Tipo E | 14-23 | 860011153 | POSITIVA |
| portante: | B | CCF48 | 800211025 | COMFATOLIMA |
| o: | 2019-04-10 | PASENA | 899999034 | SENA |
| | | PAICBF | 899999239 | ICBF |
| | | PAESAP | 899999054 | ESAP |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU |

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGIE LORENA RODRIGUEZ PEREZ identificado(a) con C.C No. 1.105.687.223, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de junio del 2019.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

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

Tú
hoy a las 11:35 AM

ADRES

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

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

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1105687223 |
| NOMBRES | ANGIE LORENA |
| APELLIDOS | RODRIGUEZ PEREZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | TOLIMA |
| MUNICIPIO | ESPINAL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO | CONTRIBUTIVO | 01/12/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 05/06/2019 12:30:42 | Estación de origen: | 190.253.186.158 |
|---|---|---|---|

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

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

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

Esta información no debe ubicar por parte de los usuarios y los prestadores de los servicios de salud, como componente al **marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/FrmpuebaConsulta.aspx?tokenid=uwGzU12noAs5aYPr1dgBw==

## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN

### CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN 2019

| CAPACITACIÓN PREVENTIVA | FECHA PROGRAMADA | INTENSIDAD HORARIA | POBLACIÓN | CAPACITADOR | DOCUMENTO DE SOPORTE | EJECUTADA | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | SI | NO | |
| Oeden y aseo | Junio | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Riesgo pùblico | Julio | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Sedentarismo | Agosto | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Fatiga visual | Septiembre | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Ergonomia en la oficina y posturas | Octubre | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Selección, uso y mantenimiento de elementos de proteccion personal | Noviembre | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |
| Moviemientos repetitivos | Diciembre | 1 hora | Trabajadores de la fundaciòn | Yurani Osuna | Firma asistencia | | | |

# CRONOGRAMA ANUAL DE TRABAJO AÑO 2019

| DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES | META | RESPONSABLE | RECURSOS | | | JUN | | JUL | | AGO | | SEP | | OCT | | NOV | | DIC | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | H | F | T | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E | |
| Dotación trabajadores y elementos de seguridad | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Representante legal | | X | | | | | | X | | | | | | | | X | | |
| Análisis de puestos de trabajo | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Yurani Osuna | X | | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Realización de pausas activas | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Yurani Osuna | X | | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Capacitaciones según programa | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Yurani Osuna | X | | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Inspecciones de aseo | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Yurani Osuna | X | | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Estilos de vida saludable (gimnasia laboral) | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Yurani Osuna | X | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | |
| Evaluaciones médicas periódicas ocupacionales | Cumplir con la normatividad vigente en cuanto a sg-sst | Representante legal | X | X | | | | | | | | X | | | | | | | | |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | PROFESIOGRAMA | | |
|---|---|---|---|
| CARGO | EXAMEN MÉDICO CON ÈNFASIS OSTEOMUSCULAR | AUDIOMETRIA | OPTOMETRIA |
| ASISTENTE ADMINISTRATIVO | X | X | X |
| ADMINISTRADOR (A) | X | X | X |

MATRIZ DE IDENTIFICACIO PELIGROS Y VALORACION DE LOS RIESGOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLIENTE: | Fundacion Horizontes del Mañana | Actividad Economica: | Actividades de otras asociaciones | NIT : | 809.008.925-9 |
| Fecha de Elaboracion: | 27/05/2019 | Fecha de Actualización: | 27/05/2020 | Nivel de riesgo: | 1 |
| Número de trabajadores: 2 | Tiempo de funcionamiento de la empresa: 2001 | Porcentaje de cotizacion a la ARL | 0,522% | ARL | Sura |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO DESCRIPCIÓN | PELIGRO CLASIFICACIÓN | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES Fuente | Medio | Individuo | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de deficiencia | Nivel de Exposición | Nivel de probabilidad(ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo e intervención (NR) | Interpretación del NR | Valoración del riesgo Aceptabilidad del riesgo | Criterios para Controles N° Exp. | Peor consecuencia | MEDIDAS INTERVENCIÓN Eliminación del peligro | Sustitución | Controles de ingeniería | Controles administrativos, advertencia y documental | Señalización | Equipos de protección personal. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administración | Tareas de talento humano | X | | Administración de la fundacionn | *Movimientos repetitivos miembros superiores, postura sedente y prolongada. *Carga laboral que se tiene por el cargo. *Manejo prolongado del computador. | Biomecánico: posturas mantenidas | Dorsalgias, lumbalgias, tirantez de cuello, síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, teclado ergonómico | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 10 | 80 | III | ACEPTABLE | 1 | Enfermedades musculoesqueléticas, afectación en el tunel del carpo, manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular. | NA | NA |
| | | | | | | Psicosocial: Condiciones de la tarea: (carga mental, demandas emocionales.) | Estrés, desmotivación, apatía, disminución del rendimiento. | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 1 | 2 | BAJO | 10 | 20 | IV | ACEPTABLE | 1 | Estres laboral y agotamiento | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular | NA | NA |
| | Visitas fuera de la fundación | | | | | Públicos: robos, atracos, atentados de orden publico, asalto. | Lesión, incapacidad, muerte | Ninguno | Vigilancia privada | Ninguno | 0 | 1 | 0 | BAJO | 10 | 0 | IV | ACEPTABLE | 1 | Muerte | NA | NA | NA | *Implementar charla sobre de riesgo público | NA | NA |
| | Tareas Administrativas | | | | *Accidentes de tránsito por rondas | Accidente de tránsito: accidentes en el vehículo | Cortaduras, golpes, machucones | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Amputación de alguno dedo de las manos | NA | NA | NA | *Implemetar charlas sobre el buen manejo de las herramientas de oficina | NA | |
| | | | | | *Sismos o terremotos | Fenómenos naturales: sismo, terremoto. | Golpes contra objetos, caída de estrusturas. | Infraestructura contra sismo | Niguno | Pito de emergencia | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Fracturas, golpes, aplastamiento | NA | NA | Estructura contra sismo | *Capacitaciones sobre atención ante emergencia cons sismo. | *Rutas de evacuación. *Utilizar siempre un pito para activar la emergencia | NA |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO DESCRIPCIÓN | PELIGRO CLASIFICACIÓN | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES Fuente | Medio | Individuo | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de deficiencia | Nivel de Exposición | Nivel de probabilidad(ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo e intervención (NR) | Interpretación del NR | Valoración del riesgo Aceptabilidad del riesgo | Criterios para Controles N° Exp. | Peor conse-cuencia | MEDIDAS INTERVENCIÓN Eliminación del peligro | Sustitución | Controles de ingeniería | Controles administrativos, advertencia y documental | Señalización | Equipos de protección personal. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asistente administrativo | Tareas de talento humano y apoyo a la administración | X | | Se debe llevar el manejo contable de la fundación y las tareas adminsitrativa que se requiera para el apoyo de la administración | *Manejo prolongado del computador. *Manejo de guillotina de metal, bisturí, grapadora, perforadora. | Biomecánicos: posturas-(movimientos repetitivos extremos superiores) | Sindrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis. Cortaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los músculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el puesto de trabajo | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico. *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los músculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre manejo de herramientas de oficina | NA | NA |
| | Digitacion | X | | Realización de documentación | *Falta de orden en la documentación de su puesto de trabajo. *Cables que pueden generar caida por estar en desorden | Condiciones de seguridad-(locativos) | Sindrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis. Cortaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los músculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico. *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los músculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre | NA | NA |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO | | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES | | | EVALUACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | Valoración del riesgo | Criterios para Controles | | MEDIDAS INTERVENCIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | DESCRIPCIÓN | CLASIFICACIÓN | | Fuente | Medio | Individuo | Nivel de deficiencia | Nivel de Exposición | Nivel de probabilidad(N°7*N8) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo e intervención (NR) | Interpretación del NR | Aceptabilidad del riesgo | N° Exp. | Peor conse-cuencia | Eliminación del peligro | Sustitución | Controles de ingeniería | Controles administrativos, advertencia y documental | Señalización | Equipos de protección personal. |
| Asistente administrativo | Tareas de talento humano y apoyo a la administración | X | | Se debe llevar el manejo contable de la fundación y las tareas administrative que se requiera para el apoyo de la administración | *Manejo prolongado del computador. *Manejo de guillotina de metal, bisturí, grapadora, perforadora. | Biomecánicos: posturas-(movimientos repetitivos extremos superiores) | Síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis, Cortaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los musculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el puesto de trabajo | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico, *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los musculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre manejo de herramientas de oficina | NA | NA |
| | Digitación | X | | Realización de documentación | *Falta de orden en la documentación de su puesto de trabajo. *Cables que pueden generar caida por estar en desorden | Condiciones de seguridad-(locativos) | Síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis, Cortaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los musculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico, *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los musculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre | NA | NA |

MATRIZ DE IDENTIFICACIO PELIGROS Y VALORACIOR DE LOS RIESGOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| CLIENTE: | Fundación Horizontes del Mañana | Actividad Economica: | Actividades de otras asociaciones |
| Fecha de Elaboración: | 27/05/2019 | Fecha de Actualización: | 27/05/2020 |
| Número de trabajadores | 2 | Tiempo de funcionamiento de la empresa: | 2001 |
| Porcentaje de cotizacion a la ARL | 0.522% | | |

| | |
|---|---|
| NIT : | 809.008.925-9 |
| Nivel de riesgo: | 1 |
| ARL | Sura |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO DESCRIPCIÓN | PELIGRO CLASIFICACIÓN | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES Fuente | CONTROLES EXISTENTES Medio | CONTROLES EXISTENTES Individuo | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de deficiencia | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de Exposición | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de probabilidad(ND*NE) | EVALUACIÓN DEL RIESGO Interpretación del nivel de probabilidad | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de consecuencia | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de riesgo e intervención (NR) | EVALUACIÓN DEL RIESGO Interpretación del NR | Valoración del riesgo Aceptabilidad del riesgo | Criterios para Controles N° Exp. | Criterios para Controles Peor consecuencia | MEDIDAS INTERVENCIÓN Eliminación del peligro | MEDIDAS INTERVENCIÓN Sustitución | MEDIDAS INTERVENCIÓN Controles de ingeniería | MEDIDAS INTERVENCIÓN Controles administrativos, advertencia y documental | MEDIDAS INTERVENCIÓN Señalización | MEDIDAS INTERVENCIÓN Equipos de protección personal. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administración | Tareas de talento humano | X | | Administración de la fundaciónn | *Movimientos repetitivos miembros superiores, postura sedente y prolongada. *Carga laboral que se tiene por el cargo. *Manejo prolongado del computador. | Biomecánico: posturas mantenidas | Dorsalgias, lumbalgias, tirantez de cuello, síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, teclado ergonómico | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 10 | 80 | III | ACEPTABLE | 1 | Enfermedades muscuesqueléticas, afectación en el tunel del carpo, manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular. | NA | NA |
| | | | | | | Psicosocial: Condiciones de la tarea: (carga mental, demandas emocionales.) | Estrés, desmotivación, apatía, disminución del rendimiento. | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 1 | 2 | BAJO | 10 | 20 | IV | ACEPTABLE | 1 | Estres laboral y agotamiento | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular | NA | NA |
| | Visitas fuera de la fundacion | | | | | Públicos: robos, atracos, atentados de orden publico, asalto. | Lesión, incapacidad, muerte | Ninguno | Vigilancia privada | Ninguno | 0 | 1 | 0 | BAJO | 10 | 0 | IV | ACEPTABLE | 1 | Muerte | NA | NA | NA | *Implementar charla sobre de riesgo público | NA | NA |
| | Tareas Administrativas | | | | *Accidentes de tránsito por rondas | Accidente de tránsito: accidentes en el vehículo | Cortaduras, golpes, machucones | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Amputación de alguno dedo de las manos | NA | NA | NA | *Implemetar charlas sobre el buen manejo de las herramientas de oficina | NA | |
| | | | | | *Sismos o terremotos | Fenómenos naturales: sismo, terremoto. | Golpes contra objetos, caída de estructuras. | Infraestructura contra sismo | Niguno | Pito de emergencia | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Fracturas, golpes, aplastamiento | NA | NA | Estructura contra sismo | *Capacitaciones sobre atención ante emergencia cons sismo. | *Rutas de evacuación. *Utilizar siempre un pito para activar la emergencia | NA |

# INSPECCIONES
# FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA

| | | | |
|---|---|---|---|
| AREA O PROCESO | | MES: | |
| RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN | | RESPONSABLE DEL AREA INSPECCIONADA | |
| ACOMPAÑANTE EN LA INSPECCIÓN | OBJETO DE LA INSPECCIÓN: | | A.M. __ P.M.__ |

| N. | TIPOS DE INSPECCIÓN | | | | UBICACIÓN ESPECIFICA | CALIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN | | ACCIÓN CORRECTIVA O INTERVENCIÓN | RESPONSABLE | | | | FECHA VERIFICACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Planeadas | | | INFORMAL | | | | | | | | | | | |
| | Generales | Parte critica | Especiales | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |
| 2 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |
| 3 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |
| 4 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |
| 5 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |
| 6 | | | | | | A | INMEDIATA | | | | | | | | |
| | | | | | | B | PRONTA | | | | | | | | |
| | | | | | | C | POSTERIOR | | FECHA LIMITE INTERVENCION | | | | | | |

Firma del que inspecciona

Firma del Inspeccionado

# INSPECCIONES DE BOTIQUINES

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre del que Inspecciona _____
Cargo _____
Fecha de Inspección _____
Ubicación del Botiquín _____

| DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS* | ESTADO B: Bien M: Mal | CANTIDAD | FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA) |
|---|---|---|---|
| Guantes quirúrgicos | | | |
| Tapabocas | | | |
| Algodón | | | |
| Curas | | | |
| Esparadrapo | | | |
| Gasa | | | |
| Yodopavinona | | | |
| Bajalenguas | | | |
| Vendas elásticas | | | |
| Vendaje triangular | | | |
| Ganchos nodriza | | | |
| Tijeras | | | |
| Termómetro | | | |
| Pinzas | | | |
| Linterna | | | |
| Inmovilizador de cuello | | | |
| Libreta de notas | | | |
| Lapiz | | | |
| Micropore | | | |
| Alcohol | | | |
| Agua destilada | | | |
| Isodine solución | | | |
| Bolsa plástica | | | |
| 0 | | | |

OBSERVACIONES:

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

## INSPECCIÓN DE EXTINTORES
## FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA

### SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**RESPONSABLE DE LA INSPECCION:**

**CARGO:**

**CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:** **B:** BUENO **R:** REGULAR **M:** MALO

**SEDE:**

**FECHA:**

| No | TIPO DE EXTINTOR | UBICACIÓN | CAPACIDAD | FECHA DE PROXIMA RECARGA | ESTADO DEL EXTINTOR | | | | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | MANOMETRO | PASADOR DE SEGURIDAD | MANGUERA | BOQUILLA | MANIJA | CILINDRO | PINTURA | SEÑALIZACIÓN | ACCESO | VISIBILIDAD | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

**ANÁLISIS INTEGRAL DE PUESTOS DE TRABAJO**
**FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA**

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de la Empresa | | | | | | | Fundacion Horizontes del Mañana |
| NIT | X | CC | | CE | | No. | |
| Actividad Económica | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | |
| Teléfono (s) | | | | | | | |
| Ciudad / Municipio | | | | | | | |
| No. De Trabajadores | | | | | | | |

| INFORMACIÓN DEL ANÁLISIS INTEGRAL DEL PUESTO DE TRABAJO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre Responsable P.S.O | | | | | | | |
| Nombre del Jefe o Supervisor de área | | | | | | | |
| Nombre del Puesto de Trabajo a Analizar | | | | | | | |
| No. De Trabajadores del Puesto de Trabajo | | GÉNERO | F | | M | | |

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|---|
| Descripción de la actividad realizada en el Puesto de trabajo: |
| |

| MEDIOS DE TRABAJO | | | |
|---|---|---|---|
| Maquinaria | Adaptaciones por el Trabajador | Dotación Suministrada por la empresa | Condiciones climáticas |
| | | | |
| Herramientas y Utensilios | Sitio de trabajo | Acompañamiento | Otros |
| | | | |

| ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA EN EL PUESTO DE TRABAJO | | | |
|---|---|---|---|
| Pasos o Tareas | Problemas evidenciados | Recomendaciones | Firma Trabajador |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Recomendaciones Generales: | |
| | |
| Nombre quien elaboró: | |
| Profesión: | |

| | dd | mm | aaaa |
|---|---|---|---|
| Fecha de realización | | | |

| | PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Proceso: | | | Fecha: | | | | | |
| Lugar: | | | RESPONSABLE SEGUIMIENTO: | | | | | |
| FECHA DE ESTABLECIMIENTO | QUÉ (ACCIÓN DE MEJORA) | QUIÉN | CUANDO | CÓMO | DÓNDE | SEGUIMIENTO | FIRMA | SEMÁFORO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓ PELIGROS Y VALORACION DE LOS RIESGOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLIENTE: | Fundación Horizontes del Mañana | Actividad Economica: | Actividades de otras asociaciones | NIT: | 809.008.925-9 |
| Fecha de Elaboración: | 27/05/19 | Fecha de Actualización: | 27/05/20 | Nivel de riesgo: | 1 |
| Número de trabajadores | 2 | Tiempo de funcionamiento de la empresa: 2001 | Porcentaje de cotización a la ARL | 0,522% | ARL: Sura |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO DESCRIPCIÓN | PELIGRO CLASIFICACIÓN | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES Fuente | Medio | Individuo | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de deficiencia | Nivel de Exposición | Nivel de probabilidad (ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo e intervención (NR) | Interpretación del NR | Valoración del riesgo Aceptabilidad del riesgo | Criterios para Controles Nº Exp. | Peor consecuencia | MEDIDAS INTERVENCIÓN Eliminación del peligro | Sustitución | Controles de ingeniería | Controles administrativos, advertencia y documental | Señalización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administración | Tareas de talento humano | X | | Administración de la fundaciónn | *Movimientos repetitivos miembros superiores, postura sedente y prolongada. *Carga laboral que se tiene por el cargo. *Manejo prolongado del computador. | Biomecánico: posturas mantenidas | Dorsalgias, lumbalgias, tirantéz de cuello, síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, teclado ergonómico | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 10 | 80 | III | ACEPTABLE | 1 | Enfermedades musculoesqueléticas, afectación en el tunel del carpo, manguito rotador, epicondinitis. | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular. | NA |
| | | | | | | Psicosocial: Condiciones de la tarea: (carga mental, demandas emocionales.) | Estrés, desmotivación, apatía, disminución del rendimiento. | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 1 | 2 | BAJO | 10 | 20 | IV | ACEPTABLE | 1 | Estres laboral y agotamiento | NA | NA | NA | *Implementar pausas activas con ejercicios de estiramiento y formalecimiento muscular | NA |
| | Visitas fuera de la fundación | | | | | Públicos: robos, atracos, asaltos de orden público, asalto. | Lesión, incapacidad, muerte | Ninguno | Vigilancia privada | Ninguno | 0 | 1 | 0 | BAJO | 10 | 0 | IV | ACEPTABLE | 1 | Muerte | NA | NA | NA | *Implementar charla sobre riesgo público | NA |
| | Tareas Administrativas | | | | *Accidentes de tránsito por rondas | Accidente de tránsito: accidentes en el vehículo | Contaduras, golpes, machucones | Ninguno | Niguno | Ninguno | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Amputación de alguno dedo de las manos | NA | NA | NA | *Implemetar charlas sobre el buen manejo de las herramientas de oficina | NA |
| | | | | | *Sismos o terremotos | Fenómenos naturales: sismo, terremoto. | Golpes contra objetos, caida de estructuras. | Infraestructura contra sismo | Niguno | Pito de emergencia | 2 | 2 | 4 | BAJO | 10 | 40 | III | ACEPTABLE | 1 | Fracturas, golpes, aplastamiento | NA | NA | Estructura contra sismo | *Capacitaciones sobre atención antir emergencia cons sismo. | *Rutas de evacuación. *Utilizar siempre un pito para activar la emergencia |

| PROCESO | ACTIVIDADES | Rutinaria | No rutinaria | TAREA | PELIGRO DESCRIPCIÓN | PELIGRO CLASIFICACIÓN | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES Fuente | Medio | Individuo | EVALUACIÓN DEL RIESGO Nivel de deficiencia | Nivel de Exposición | Nivel de probabilidad (ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo e intervención (NR) | Interpretación del NR | Valoración del riesgo Aceptabilidad del riesgo | Criterios para Controles Nº Exp. | Peor conse-cuencia | MEDIDAS INTERVENCIÓN Eliminación del peligro | Sustitución | Controles de ingeniería | Controles administrativos, advertencia y documental | Señalización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asistente administrativo | Tareas de talento humano y apoyo a la administración | X | | Se debe llevar el manejo contable de la fundación y las tareas administrativa que se requiera para el apoyo de la administración | *Manejo prolongado del computador. *Manejo de guillotina de metal, bisturí, grapadora, perforadora. | Biomecánicos: posturas (movimientos repetitivos, extremos superiores) | Síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis. Contaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los musculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el puesto de trabajo | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico, *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los musculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre manejo de herramientas de oficina | NA |
| | Digitación | X | | Realización de documentación | *Falta de orden en la documentación de su puesto de trabajo. *Cables que pueden generar caida por estar en desorden. | Condiciones de seguridad (locativos) | Síndrome del tunel carpiano, bursitis, epicondinitis, Tendinitis. Contaduras, golpes. | Ninguno | Niguno | Sillas ergonomicas, pausas activas de estiramiento de los musculos de todo el cuerpo. *Tener aseo y órden en el puesto de trabajo | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 10 | 60 | III | ACEPTABLE | 1 | Manguito rotador, epicondinitis | NA | NA | *Teclado ergonómico, *Silla ergonómica | *Implementar pausas activas donde se haga estiramiento de los musculos de extermidades superiores e inferiores *Charlas sobre manejo de herramientas de | NA |

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

## Comprobante de Recaudos

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0083902 ****0267 T642
FTx17/06/19 14:45H.N0839 Of Rec y P
201905 86 Asopagos
PLANILLA No.000008602592376
Identificacion809008925
VALOR PLANILLA:317,100.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:317,100.00

**Valor $** 317.100

**Verifique que la información impresa en este formato sea correcta**

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S. NIT: 900812668-9 - Tel: 57-1 7459870 Ext. 216

Interssi - Declaración y Pago de Seguridad Social

## RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

## OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

**Razón social:** FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA
**Identificación:** NI-809008925
**Código dependencia o sucursal:** 0
**Nombre dependencia o sucursal:** 0
**Fecha de generación del reporte:** 2019-06-17

**Período pensión:** 2019-05
**Período salud:** 2019-06
**Clase de planilla:** Asistida

**Sin pagar**

| ERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO DE PLANILLA | TOTAL A PAGAR | FECHA LÍMITE DE PAGO | ESTADO |
|---|---|---|---|---|
| 8602592376 | E | $317.100 | 2019-06-17 | Lista para pago en banco |
| 8602592376 | E | $317.300 | 2019-06-18 | Lista para pago en banco |

**Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente dia habil.**

**Puntos de Recaudo:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Banco AvVillas | Banco Bogotá | REDEBAN | Davivienda | Banco de Occidente | Bancolombia | Baloto | Grupo Exito |

# CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHICULOS

1. **PARTES CONTRATANTES:**
   1.1. **FUNDACIÓN HORIZONTES DEL MAÑANA** con NIT 890900081, y el señor **MARCO YAMEY VARON BAQUERO**
   1.2. CLIENTE: Persona natural, mayor de edad o persona jurídica, constituida y existente conforme a las leyes de la República de Colombia, debidamente representada por quien suscribe este documento, que se encuentra correctamente identificada al pie de su firma, en adelante denominado CLIENTE o EL ARRENDATARIO.

2. **OBJETO DEL CONTRATO:**
   Las partes contratantes, de manera libre y voluntaria y por así convenir a sus intereses, celebran el presente Contrato, cuyo objeto es el arrendamiento de uno o varios vehículos de propiedad de

3. **VEHICULO ARRENDADO:**
   3.1. El vehículo que se da en arrendamiento, es el elegido previamente por la **FUNDACIÓN HORIZONTES DEL MAÑANA** según sus necesidades y se encuentra plenamente identificado en el anexo A del presente contrato de arrendamiento. LAS PARTES declaran y reconocen que el referido vehículo se encuentra en buenas condiciones de uso, conservación, mantenimiento y funcionamiento.
   3.2. La **FUNDACIÓN HORIZONTES DEL MAÑANA** se hace responsable por la custodia y tenencia del vehículo arrendado, de placas **TGZ010 MAZDA BT50 MODELO 2012 DE COLOR BLANCO, DOBLE CABINA 4*4 DISEL** sus accesorios y documentos hasta la efectiva devolución al señor, en las mismas condiciones recibidas.

4. **PLAZO:**
   El plazo del contrato será el determinado en el ANEXO A. Este plazo podrá ser prorrogado por mutuo acuerdo de las partes por un término igual, inferior o superior al inicialmente pactado, el cual en ningún caso podrá superar un año.

   En caso de prórroga del contrato, se aplicará la tarifa vigente a la fecha de cada prórroga.

5. **VALOR DEL CANON Y FORMA DE PAGO**

5.1. EL CLIENTE, a título de canon de arrendamiento, pagará la suma expresada en la factura incluido. Esta suma debe ser pagada por el CLIENTE por anticipado, y puede ser; en efectivo en las instalaciones de AUTOLARTE, mediante consignación bancaria a la cuenta que el señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO indique o con tarjeta de crédito de franquicias previamente aceptadas por EL ARRENDADOR para el pago.

5.2. Si la modalidad de arrendamiento es mensual, EL CLIENTE deberá pagar cada mes por anticipado.

5.3. Cuando el CLIENTE restituya el vehículo en el lugar pactado para el efecto, se verificará si se deben valores adicionales por otros conceptos contemplados en este contrato, como foto multas, combustible, reparaciones, entre otros, los cuales deben ser pagados en este momento.

El señor **MARCO YAMEY VARON BAQUERO**. tendrá 24 horas hábiles desde el momento de la recepción del vehículo para hacer una inspección detallada del estado mecánico y físico del vehículo.

Una vez revisado, se notificará a EL CLIENTE en caso de haber hallazgos en cuanto al estado físico y mecánico del vehículo por los cuales deba responder, y se procederá con el respectivo cobro.

## 6. RESPONSABILIDAD:

6.1. Durante la ejecución del contrato de arrendamiento, El CLIENTE pasa a ser el guardián jurídico y material del vehículo arrendado, por lo que es el único responsable civil y penalmente por los perjuicios ocasionados a terceros o a la propia arrendadora, en caso de accidentes de tránsito y/o cualquier delito o infracción penal, delito o cuasidelito civil, ocasionados con los vehículos arrendados por medio de este contrato; excluyendo a la arrendadora de cualquier tipo de responsabilidad por esos hechos.

6.2. Los vehículos dados en arrendamiento en virtud del presente contrato, son de exclusiva propiedad del señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO, por lo que no pueden formar parte de la masa del concurso de acreedores del Fundación horizontes del mañana de ser el caso, no podrán ser objeto de prenda, retención, embargo, prohibición de enajenar o cualquier otra medida precautelar, cautelar o ejecutiva, por obligaciones asumidas por el cliente con terceros.

6.3. LA FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA será responsable por el pago de todas las multas de tránsito que se hubieren originado durante el arrendamiento o tenencia del vehículo, por lo que expresamente faculta a MARCO YAMEY VARON BAQUERO a pagar el monto de tales multas de tránsito, como los gastos que esto genere, como gestorías, patios del tránsito, grúas, entre otros, aun cuando el contrato de arrendamiento se encuentre terminado.

El señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO notificará a la fundación horizontes del mañana de la foto multa a la mayor brevedad posible desde que tenga conocimiento de la misma, para que éste proceda a notificarse ante la autoridad de tránsito correspondiente y pague la multa y los demás gastos asociados. En el evento en que no sea posible la notificación personal del cliente y pago directo, MARCO YAMEY VARON BAQUERO pagará la multa al tránsito y los demás gastos asociados, y procederá a recobrar el valor de la multa, los demás gastos asociados incluyendo los costos de gestoría y los impuestos que se generen.

6.4. El señor no se responsabiliza por la pérdida o extravío de cualquier objeto o valor, de cualquier naturaleza, dejado en el automóvil arrendado.

6.5. En los eventos de procesos judiciales en los que el señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO sea demandada por hechos vinculados al vehículo arrendado, durante el lapso de vigencia del contrato, podrá llamar en garantía a EL ARRENDATARIO para que este responda total o parcialmente en una eventual condena.

## 7. REEMBOLSOS POR PAGOS O GASTOS QUE NO CORRESPONDAN AL SEÑOR:

FUNDACION HORIZONTES DEL MAÑANA deberá reembolsar los siguientes gastos o pagos que por la naturaleza del contrato no correspondan a el señor y hayan sido asumidos por este:

7.1. Lavada del vehículo: En caso de que el vehículo sea restituido sucio ya sea en el exterior o en el interior, la lavada será cobrada a la tarifa vigente para dicho servicio que tenga el proveedor de lavadero de carros contratado por la FUNDACIÓN HORIZONTE DEL MAÑANA.

7.2. Combustible: Debido a que el vehículo es entregado a la fundación horizontes del mañana con el tanque de combustible full, será cobrado el combustible faltante con la respectiva sanción por faltante en el momento de la restitución del vehículo.

7.3. Pérdida de llaves: Se cobrará una suma equivalente al reembolso de los gastos para la obtención de unas nuevas llaves del vehículo más un 20% de ese valor por concepto de gastos administrativos.

7.4. Tasa por gestiones de tránsito y fiscalías: En cualquier caso que el señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO tenga que asumir costos por gestiones de tránsito, legales o de cualquier índole derivados del presente contrato y que sean de responsabilidad de la fundación horizontes del mañana éstos tendrán que reconocer a todos los gastos más un adicional del 10% por gestión administrativa, sin perjuicio de realizar los demás pagos a que haya lugar según las condiciones señaladas en el presente contrato.

7.5. Infracciones de tránsito: En caso de presentarse infracciones de tránsito durante la vigencia del contrato la Fundación horizonte del mañana deberán rembolsar a señor el valor de la infracción incrementado en un 10% por trámites administrativos y de gestores de tránsito. Dentro de estas infracciones de tránsito se encuentran incluidas todas las foto multas que se generen durante la vigencia del contrato de arrendamiento, bien sea que hayan sido recibidas por LA ARRENDADORA durante la vigencia del contrato y que no hayan sido pagadas por la FUNDACIÓN HORIZONTE DEL MAÑANA, o cuando sean notificadas con posterioridad a la restitución del vehículo.

7.6. Costo por daño de llantas. Cliente debe pagar el costo de la llanta más un 20%.

7.7. El simple retardo en la devolución del vehículo constituye y configura la mora, sin necesidad de constituirla judicialmente ni requerir para tal efecto. Cualquier pago debido al señor que sea efectuado con posterioridad a la fecha pactada, será recargado con intereses comerciales moratorios, liquidados a la máxima tasa certificada por la Superintendencia Financiera De Colombia, al momento de la liquidación.

## 8. TERMINACION DEL CONTRATO.

8.1. El presente contrato terminará por el vencimiento del plazo pactado.

8.2. Por mutuo acuerdo de LAS PARTES.

8.3. El presente contrato se podrá terminar en forma anticipada, mediando para el efecto justa causa, mediante una notificación escrita por un medio idóneo de comunicación que garantice el registro e integridad del aviso, radicada el señor, con una anticipación mínima de veinticuatro (24) horas a la fecha en que se pretende dar por terminado el contrato. El presente contrato podrá darse por terminado anticipadamente por cualquiera de las partes contratantes, sin perjuicio de los arreglos pendientes. En el evento en que sea Fundación horizontes del mañana quien termine de forma anticipada el arrendamiento, se procederá a re liquidar el canon y se hace la devolución correspondiente a los días en que no va a usar el vehículo. Sin la notificación en el plazo indicado, no hay lugar a la devolución del dinero.

8.4. El incumplimiento de cualquiera de las cláusulas del presente contrato trae consigo su terminación anticipada, y la devolución o retiro inmediato del vehículo arrendado, sin perjuicio de las indemnizaciones que se deriven de ello. La terminación por incumplimiento por parte del CLIENTE, no dará lugar a la devolución del dinero.

8.5. El señor se reserva todo el derecho de suspender la entrega o proceder a la recuperación del vehículo arrendado y terminación del contrato en cualquier momento o lugar en que se encuentre, sin necesidad de notificación previa, cuando a consideración del arrendador no existan las garantías suficientes para una conducción prudente y responsable, o LA FUNDACIÓN HORIZONTE DEL MAÑANA haya incumplido cualquiera de los términos del presente contrato. El CLIENTE, sus representantes, empleados o cualquier persona vinculada a la empresa no podrán negociar, ni tampoco disponer de la tenencia, uso, propiedad y arrendamiento del o los vehículos que se encuentren en su poder por efectos de este contrato, con ninguna autoridad civil, militar, administrativa o particular, aun cuando se encuentre en riesgo intereses de la compañía contratante.

## 9. SEGUROS DE LOS VEHÍCULOS

El señor MARCO YAMEY VARON BAQUERO cuenta con SEGURO OBLIGATORIO VIGENTE.

En caso de afectar la póliza por hechos ocurridos durante el arrendamiento, el cliente está obligado a cancelar el deducible por todos los daños y/o pérdidas parciales y/o pérdida total del vehículo dado en arrendamiento hasta un valor máximo de 3 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes. El deducible mínimo que el cliente cancelará será el equivalente a 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

En caso de que el deducible sea inferior a 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente, EL CLIENTE pagará 2 SMLMV y la diferencia será imputada a Lucro Cesante, por lo que en ningún caso EL CLIENTE podrá alegar que paga únicamente el valor exacto del deducible.

## 10. DECLARACION Y ACEPTACION.

La Fundación horizonte del mañana declara que ha leído con detenimiento el presente contrato y ha entendido bien su alcance, por lo que acepta todas y cada una de las cláusulas del mismo, así como los anexos que se adjuntan a este contrato principal.

Para constancia de la aceptación de todas y cada una de las clausulas en las que se contiene el presente contrato las partes la suscriben en unidad de acto y por duplicado en la ciudad de Ibagué Tolima.

Fecha: 17 de junio de 2019

CLIENTE:
C.C 65.705.129.

ALQUILANTE
5826901

EN LA NOTARÍA SÉPTIMA DEL CÍRCULO DE IBAGUÉ - TOLIMA
ELABORÓ
PATRICIA ADELA SIMMONDS MORALES

RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO, FIRMA Y HUELLA
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
EN LA NOTARÍA SÉPTIMA DEL CÍRCULO DE IBAGUÉ - TOLIMA
Se presentó
VARON BAQUERO MARCO YAMEY
con C.C. 5826901
y declaró que el contenido de este documento es cierto y que la firma y huella que en él aparecen es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Ibagué, 2019-06-17 15:46:27
Cod.: 4855b
www.notariaenlinea.com
X
El declarante
HECTOR JULIO CRUZ CASALLAS
NOTARIO 7º DEL CÍRCULO DE IBAGUÉ - TOLIMA
Indice Derecho

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO
HÉCTOR JULIO
CRUZ CASALLAS
NOTARÍA SÉPTIMA DE IBAGUÉ

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015711760

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| TGZ010 | MAZDA | BT 50 | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 2.499 | BLANCO NEVADO BICAPA | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| CAMIONETA | DOBLE CABINA | DIESEL | 5 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| WLAT1326960 | N | 9FJUN84W9C0105146 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| ****** | N | 9FJUN84W9C0105146 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| VARON BAQUERO MARCO YAMEY | C.C. 5926901 |

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

| CILINDAJE | POTENCIA HP |
|---|---|
| ****** | 141 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | LIC | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 32012000046669 | I | 16/01/2012 | 4 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 28/03/2012 | 10/03/2018 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA INFR TTOYTTE MCPAL NEIVA

LT01007604444

# SOAT

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

2019-03-08 | 2019-03-08 | 2020-03-08

| No. de póliza | Placa no. | Clase vehículo | Servicio | Pasajeros | Modelo |
|---|---|---|---|---|---|
| 10214400001640 | TQZ019 | INTERMUNICIPAL | PUBLICO | 2499 | 2013 |

| Cilindrada | Marca / línea / versión | Carrocería |
|---|---|---|
| 5 | MAZDA BT 50 | DOBLE CABINA |

| No. motor | No. chasis o no. serie | No. VIN | Cilindraje kgs. |
|---|---|---|---|
| WLAT1326960 | 9FJUN84W9CD105146 | 9FJUN84W9CD105146 | 0.00 |

| Apellidos y nombres del tomador | Teléfono del tomador | Tipo de documento del tomador | No. de documento del tomador | Ciudad residencia tomador |
|---|---|---|---|---|
| VARON BAQUERO, MARCO YAMEY | 3184024473 | CC | 5826901 | IBAGUE |

| Código de asegradora | Nro. autorización expedición | Clave producto | No. formulario | Ciudad expedición |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 25 | 964942 | 0 | IBAGUE |

| Días | Prima SOAT | Contribución FOSYGA | Tasa RUNT |
|---|---|---|---|
| 910 | $ 620200 | $ 310100 | $ 1900 |

Total a pagar

$ 932200

Firma autorizada

Estimado por víctima

| | Valor | |
|---|---|---|
| A. Gastos médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios | 800 | SALARIOS |
| B. Incapacidad permanente | 180 | MÍNIMOS |
| C. Muerte y gastos funerarios | 750 | LEGALES |
| D. Gastos de transporte y movilización de víctimas | 10 | DIARIOS VIGENTES |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos. Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Cómo usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Después de haber revisado el SOAT, las autoridades de tránsito se le pueden solicitar el original nuevamente.

Asegúrese, revisar que su póliza esté registrada en el RUNT.

Si por cualquier circunstancia, en que haya perdido su póliza, no tener SOAT vigente, ante cualquier accidente de tránsito del vehículo y en caso de accidente de tránsito el daño por lesiones corporales, la atención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el daño por lesiones corporales, la atención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el daño por lesiones corporales, la atención de las víctimas, las asumirá.

Asegúrese en RUNT en Vigencia automóviles.

En caso de accidente de tránsito:

El seguro cubre hasta, más un porcentaje por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente tránsito que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

Cuando el prestador de servicios de salud del país tiene vínculo a alguna entidad de seguro,