ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

*2016414330008824*
**Al contestar por favor cite estos datos:**
Radicado No.: **2016414330008824**
Fecha: **21-06-2016**
TRD: **4143.3.22.2.1020.000882**
Rad. Padre: **2016414330008824**

PARA: RECTORES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE SANTIAGO DE CALI

ASUNTO: POLIZAS TOMADAS POR LA ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI - VIGENCIA 2016.

Adjunto para su conocimiento y uso las pólizas adquiridas por la Alcaldía de Santiago de Cali para la vigencia 2016 así:

- ✓ Póliza Estudiantil No.930-299400000003 Aseguradora Solidaria de Colombia, con vigencia desde 16-03-2016 a 14-01-2016.
- ✓ Póliza Seguro de Vida No. 930-15-99400000022 Aseguradora Solidaria de Colombia vigencia desde 16-03-2016 a 14-01-2017.
- ✓ Póliza Global para manejo de recursos No.1501216001939 Mapfre Colombia vigencia 16/03/2016 a 01/12/2016.
- ✓ Póliza Daños Materiales No.1501216001930 Mapfre Colombia con vigencia 16/03/2016 a 01/12/2016.

Cualquier inquietud frente al cubrimiento y/o proceso a seguir por favor comunicarse con el Grupo de Seguros de la Alcaldía al teléfono No.6680810.

Atentamente,

JAIME CAMPO RODRIGUEZ
Subsecretario para la Dirección y Administración de los Recursos

Proyectó: Erika Suley Zapata Lerma - Profesional Universitario Grupo de Apoyo FSE
Reviso: Liliana Arce García – Coordinador Grupo de Apoyo FSE
Aprobó: Jesús Alonso Rengifo Díaz – Líder Gestión Financiera

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654 - 6

# POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9300066298

**PÓLIZA No: 930 - 2 - 994000000003 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: 930 RAMO: 2

| FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO) | VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS) | VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS) | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| 16 / 3 / 2016 | 16 / 3 / 2016 / 23:59 | 14 / 1 / 2017 / 23:59 | 304 | 16 / 3 / 2016 |

TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO
TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
IDENTIFICACIÓN: NIT 890399011-3
DIRECCIÓN: AVENIDA 2 NORTE NO.10-70
CIUDAD: CALI, VALLE
TELÉFONO: 6530869

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: ESTUDIANTES ESCUELAS, COLEGIOS E INST. SIMILARES PUBLICAS
IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
TELÉFONO:
BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOS
IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: ESTUDIANTES

| AMPAROS | SUMA ASEGURAD |
|---|---|
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | 10000000.00 |
| MUERTE ACCIDENTAL | 10000000.00 |
| AUXILIO FUNERARIO | 1000000.00 |
| GASTOS MEDICOS | 6000000.00 |
| GASTOS DE TRSALADO | 170000.00 |
| REHABILITACION INTEGRAL | 10000000.00 |
| ENFERMEDADES AMPARADAS | 12000000.00 |

TEXTOS POLIZA
SEGURO DE ACCIDENTES PESONALES ESTUDIANTES

TOMADOR: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
NIT: 890.399.011-3
Direccion: AVENIDA 2 NO 10-70
Telefono: 072 6618562 - 0726618563 SANTIAGO DE CALI
ASEGURADO: Estudiantes de las escuelas, colegios e instituciones similares publicas, rurales, infantes, que se encuentren a cargo del Municipio de Santiago de Cali, incluyendo los estudiantes que forman parte de la educacion extendida, o cobertura educativa.
BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOS

VIGENCIA DESDE: 24:00 HORAS DEL 16 DE MARZO DE 2016
VIGENCIA HASTA: 24:00 HORAS DEL 14 DE ENERO DE 2017

CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS (VER COMPLEMENTARIAS A LAS BASICAS):

1. OBJETO
Ampara a los estudiantes e infantes frente al riesgo de accidente, desmembracion accidental, asi como las secuelas que del mismo se generen relacionadas con invalidez y muerte, incluyendo gastos medicos.

2. GRUPO ASEGURADO:
Estudiantes de las escuelas, colegios e instituciones similares publicas, urbanas y rurales, infantes, que se encuentren a cargo del Municipio de Santiago de Cali, incluyendo los estudiantes que forman parte de la educacion extendida, o cobertura educativa.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).. ..

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $*********39,170,000.00 | $***2,288,511,471.00 | | $**********0.00 | $***2,288,511,471.00 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE | 21 | 50 |
| JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA & IR | 473 | 50 |

**COASEGURO CEDIDO**

| NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000930006629

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

C7DB20780109FA7C56 CLIENTE PBAUTISTA 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que sera contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

gastos de ese mes queden causados es este mismo. Después del cierre mensual no se admitirán gastos con fechas de periodos contables anteriores.

2.7 Los Recibos de Caja Menor una vez pagados se deberá colocar el sello de cancelado o pagado.

2.8 Los Recibos de Caja Menor provisionales que no sean legalizados en un termino de 24 horas posteriores a su expedición se consideraran como autopréstamos, ameritando llamado de atención como consecuencia del informe del arqueo correspondiente realizado.

2.9 La Fondo Fijo de Caja Menor esta sujeto a los arqueos sorpresivos programados por la Gerencia, Director de Agencia o los funcionarios delegados para efectuar las funciones de control interno. Cualquier faltante que se llegare a presentar como producto del arqueo respectivo deberá ser reintegrado en forma inmediata sin perjuicio de las acciones disciplinarias correspondientes, en caso de presentarse sobrantes estos deberán ser ingresados a los Fondos de la empresa mediante la expedición del recibo de caja correspondiente.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los treinta (30) días del mes de Septiembre del año 2004.

Cordialmente,

DENNIS FERNANDO ROMERO CRUZ
Gerente

Nombre:
Director Agencia

Leído, sabido y entendido:

Nombre:
Cedula:
FUNCIONARIO RESPONSABLE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT 860 524 654 - 6

NUMERO ELECTRONICO PARA PAGOS
9300066314

# POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

## PÓLIZA No: 930 - 15 - 994000000022 ANEXO: 0

OFICINA PRODUCCIÓN: SRAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES — COD AGENCIA: 910 — RAMO: 15

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | HORAS | DÍAS | FECHA DE IMPRESIÓN DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 3 | 2016 | 16 | 3 | 2016 | 24:59 | 14 | 1 | 2017 | 24:59 | 304 | 17 | 3 | 2016 |

CIUDAD: BOGOTÁ - NUEVA — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESIÓN

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI — IDENTIFICACIÓN NIT: 890399011-3
DIRECCIÓN: AVENIDA 2 NORTE NO. 10-70 — CIUDAD: CALI, VALLE — TELÉFONO: 6530000

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

NOMBRE: FUNCIONARIOS ASEGURADOS. — IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN: — CIUDAD: — TELÉFONO:
BENEFICIARIO: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY — IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CALIDAD: PRIMA

| AMPARO | SUMA ASEGURADA |
|---|---|
| MUERTE | 3300000.00 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | 3300000.00 |
| ENFERMEDADES GRAVES | 1665000.00 |
| INCAPACIDAD ADICIONAL POR M | 3300000.00 |
| AUXILIO FUNERARIO | 4500000.00 |
| ASISTENCIA | 4000000.00 |

PLAN: POLIZA
COLECTIVA VIDA GRUPO PARA SERVIDORES PUBLICOS

TOMADOR: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

NIT: 890.399.011-3
DIRECCIÓN: AVENIDA 2 NO 10-70
TELÉFONO: 673 6818562 - 6726618561 SANTIAGO DE CALI
ASEGURADO: FUNCIONARIOS ASEGURADOS.
BENEFICIARIO: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O LOS DE LEY

VIGENCIA DESDE: 24:00 HORAS DEL 16 DE MARZO DE 2016
VIGENCIA HASTA: 24:00 HORAS DEL 14 DE ENERO DE 2017

CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS (VER COMPLEMENTARIAS A LAS BASICAS):

1. OBJETO DEL SEGURO
Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa, así como los amparos descritos a continuación, a los servidores públicos y/o trabajadores oficiales que conforman la planta de cargos del MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, incluidos los empleados de la Secretaría de Educación Municipal, Funcionarios de la Contraloría General de Santiago de Cali, Funcionarios de la Personería Municipal Santiago de Cali y Funcionarios de la Corporación Cultural Municipal de Santiago de Cali.

2. BENEFICIARIOS ASEGURADOS
Los establecidos según relación Adjunta.

TPS: CONTINUAN (Ver Texto Poliza).....

| PRIMA COMERCIAL | VALOR PRIMA | DERECHO EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $*********77,700,000.00 | $*****836,046,733.00 | | $*************0.00 | $*****836,046,733.00 |

INTERMEDIARIO

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| [illegible] DE COLOMBIA S.A CORRE | 21 | 50 |
| [illegible] COLOMBIA S.A CORRE | 21 | 50 |
| [illegible] VALENCIA A IR | 471 | 50 |
| [illegible] VALENCIA A IR | 471 | 50 |

COASEGURO CEDIDO

| NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000930006631

FIRMA TOMADOR

DOMICILIO ASEGURADORA: Calle 100 No. 8A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

ASEA CONTRIBUYENTE FES 2596 ORDEN - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

Por último el reembolso debe ser firmado por el Director de la Oficina y enviado al Departamento de Contabilidad para su respectiva causación y giro del cheque.

Estas disposiciones son de obligatorio cumplimiento y reemplaza las anteriores versiones, comunicados y autorizaciones con respecto al manejo y conceptos del Reembolso de Caja Menor para AEROENVIOS S.A.

Cordialmente,

DENNIS FERNANDO ROMERO CRUZ
Gerente

MAPFRE | COLOMBIA

# POLIZA

## MANEJO GLOBAL ENTID. ESTATALES



INICIACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 30956755729

SUPERINTENDENCIA FIN COLOMBIA

VIGILADO

### INFORMACION GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | POLIZA | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 272 735 | 1501216001939 | 0 | 1 | CORREDORES-CALI | CARRERA 80 # 6-71 | CALI |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI | | | NIT / C.C. | 8903990113 |
| DIRECCION | AVD 2 CL 10 Y 11 | CIUDAD | CALI | TELEFONO | 8834011 |
| ASEGURADO | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI | | | NIT / C.C. | 8903990113 |
| DIRECCION | AVD 2 CL 10 Y 11 | CIUDAD | CALI | TELEFONO | 8834011 |
| ASEGURADO | N.D. | | | NIT / C.C. | N.D. |
| DIRECCION | N.D. | CIUDAD | N.D. | TELEFONO | |
| BENEFICIARIO | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI | | | NIT / C.C. | 8903990113 |
| DIRECCION | AVD 2 CL 10 Y 11 | CIUDAD | CALI | TELEFONO | 8834011 |
| BENEFICIARIO | N.D. | | | NIT / C.C. | N.D. |
| DIRECCION | N.D. | CIUDAD | N.D. | TELEFONO | N.D |

### 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 |
| 30 | 3 | 2016 | INICIACION | 24:00 | 16 | 3 | 2016 | 260 | INICIACION | 24:00 | 16 | 3 | 2016 | 260 |
| | | | TERMINACION | 24:00 | 1 | 12 | 2016 | | TERMINACION | 24:00 | 1 | 12 | 2016 | |

### PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| AON RISK SERVICES COLOMBIA S A | CORREDOR | 263 | 6381700 | 50,00 |
| JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA IRAGORI | CORREDOR | 437 | 3266100 | 50,00 |

### DATOS DEL RIESGO1,00

ACTIVIDAD : OFICINA PUBLICA O GUBERNAMENTA
DIRECCION DEL RIESGO : AVDA 2 N CALLES 10 Y 11 CAM
CIUDAD : CALI
DEPARTAMENTO : VALLE
NUMERO DE CARGO CLASE A :
NUMERO DE CARGO CLASE B :
NUMERO DE CARGO CLASE C :
DESCRIPCION DEL RIESGO :

415)7709999000628(8020)00309567557290(3900)0104113973(96)2016041

| COBERTURAS | | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|---|
| Infidelidad de Empleados | $ 700.000.000,00 | $ 700.000.000,00 | 6 % PERD Min 4 (SMMLV) |
| Delitos Contra la Administraci¾n P·blica | $ 700.000.000,00 | $ 700.000.000,00 | 6 % PERD Min 4 (SMMLV) |
| Perdida empleados no identificados | $ 350.000.000,00 | $ 350.000.000,00 | 5 % PERD Min 4 (SMMLV) |
| Empleados Temporales y/o Firma Especializada | $ 350.000.000,00 | $ 350.000.000,00 | 6 % PERD Min 4 (SMMLV) |
| Gastos de Reconstruccion cuentas y alcances fiscales | $ 350.000.000,00 | $ 350.000.000,00 | 6% PERD Min 4 (SMMLV) |

**Observaciones:**

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 INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

Aplica el Condicionado General Codigo: 010412-1326-P-13-00000VTE261ABR/12

| TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS | GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS | SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS | TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS |
|---|---|---|---|---|
| $ 89.753.425,00 | $ 0,00 | $ 89.753.425,00 | $ 14.360.548,00 | $ 104.113.973,00 |

### PARTICIPACION DE COASEGURADORAS

| NOMBRE COMPAÑIA COASEGURADORA | TIPO DE COASEGURO | %PARTICIPACION | $ PRIMA PESO COLOMBIANO-S | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| ALLIANZ SEGUROS SA | CEDIDO | 23,00% | $ 20.643.287,75 | |
| COMPANIA DE SEGUROS COLPATRIA | CEDIDO | 21,00% | $ 18.848.219,25 | |
| MAPFRE SEGUROS GENERALES DE CO | CEDIDO | 34,00% | $ 30.516.164,50 | |
| QBE | CEDIDO | 22,00% | $ 19.745.753,50 | |

### INFORMACION GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | POLIZA | OPERACION | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 370 735,00 | 1501216001939 | | 97*CORREDORES-CALI | CARRERA 80 # 6-71 | CALI |

### ANEXOS

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR



NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

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.

1. OBJETIVO:

El Fondo Fijo de Caja Menor tiene como fin fundamental atender los pagos de menor cuantía que por su naturaleza y urgencia no pueden ser cancelados mediante cheque.

2. REGLAMENTO:

2.1 No se podrá dar al Fondo de Caja Menor un uso diferente al estipulado en su objetivo, tal como: Prestamos personales, cambio de cheques, ni siquiera los expedidos por la Empresa, y el dinero debe ser guardado en una caja metálica con las debidas normas de seguridad.

2.2 Se podrá efectuar pagos individuales hasta por SESENTA Y NUEVE MIL PESOS ($69.000.oo) M/CTE.; los cuales serán autorizados por la Gerencia y/o Director de Agencia. Sumas superiores a $69.000.oo ameritan la solicitud de pago mediante cheque para lo cual se enviara a la sede principal para el tramite correspondiente el cual se deberá programar para su pago.

2.3 No se podrá mantener en este Fondo, valores personales, ni de terceros, o de la Compañía cuya responsabilidad este a cargo de otros empleados.

2.4 Todo cambio del responsable del Fondo en caso de ausencia total o temporal de este, deberá realizarse previo arqueo y acta de entrega a la persona que tome en su poder la responsabilidad a partir de esa misma fecha.

2.5 Todo pago efectuado con cargo al Fondo debe estar soportado por una Factura Cambiaría de Compraventa y/o de Transporte, una Cuenta de Cobro en el formato aprobado y actualizado por la Compañía y un Recibo de Caja Menor diligenciado a maquina y/o tinta, con letra imprenta y en forma clara, no debe presentarse con tachones ni enmendaduras; que contenga: Fecha; nombres y apellidos; valor en numero y letras; dirección, teléfono y ciudad del beneficiario; el concepto debe ser corto, claro y preciso; firma del beneficiario y numero de cédula; y firma de aprobación del pago por parte del Gerente y/o Director de Agencia. A cada Recibo de Caja Menor se le adjuntara: recibos de caja, facturas, comprobantes o cualquier documento de soporte que expida el beneficiario del pago, los cuales deben ser elaborados a nombre de AEROENVIOS S.A.

2.6 Se solicitara el Reembolso de Caja después de utilizado un 50% del valor del Fondo, enviando a contabilidad todos los Recibos de Caja Menor y soportes, previamente autorizados por la Gerencia y/o Director de Agencia. En especial se debe tener en cuenta que el ultimo día de cada mes se debe solicitar el Reembolso aunque no se supere el monto del 50% con el fin de que todos los

Cliente



FACTURA ORIGINAL

Ref. de Pago: 30956978735

# MAPFRE COLOMBIA

## POLIZA TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES

### INFORMACION GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | POLIZA | CERTIFICADO | FACTURA | ENDOSO | OFICINA MAPFRE CORREDORES-CALI | DIRECCION OF. MAPFRE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 265 / 690 | 1501216001930 | 0 | 0 | | | CARRERA 80 # 6-71 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI | | NIT/C.C. 8903990113 |
| DIRECCION | AVD 2 CL 10 Y 11 | CIUDAD CALI | TELEFONO 8834011 |
| ASEGURADO | SEGUN RELACION | | SEGUN RELACION |
| DIRECCION | SEGUN RELACION | SEGUN RELACION | SEGUN RELACION |
| BENEFICIARIO | SEGUN RELACION | | SEGUN RELACION |
| DIRECCION | SEGUN RELACION | SEGUN RELACION | SEGUN RELACION |

### 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 |
| 30 | 03 | 2016 | INICIACION | 24:00 | 16 | 03 | 2016 | 260 | INICIACION | 24:00 | 16 | 03 | 2016 | 260 |
| | | | TERMINACION | 24:00 | 01 | 12 | 2016 | | TERMINACION | 24:00 | 01 | 12 | 2016 | |

### PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| AON RISK SERVICES COLOMBIA S A | CORREDOR | 263 | 6381700 | 50 |
| JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA IRAGORI | CORREDOR | 437 | 3266100 | 50 |

### INFORMACION DEL RIESGO

| | |
|---|---|
| PREDIO No. | SEGUN RELACION |
| TIPO DE ACTIVIDAD: | SEGUN RELACION |
| DIRECCION: | SEGUN RELACION |
| UBICACION: | SEGUN RELACION |
| TIPO DE CAMBIO: | SEGUN RELACION |

(415)7709999000628(8020)15012160019301(3900)2705002553(96)20160416

| COBERTURAS CONTRATADAS | SUMA ASEGURADA ACTUAL |
|---|---|
| SECCION TODO RIESGO DANOS MATERIALES | 1.592 760.078.448,00 |
| SECCION TERREMOTO / MAREMOTO | 1.592 760 078 448,00 |
| SECCION HMACC - AMIT | 80.000 000.000,00 |
| SECCION LUCRO CESANTE | 0,00 |
| SECCION EQUIPO ELECTRONICO | 40 000 000 000,00 |
| SECCION ROTURA DE MAQUINARIA | 25.000.000 000,00 |
| SECCION HURTO CALIFICADO | 3 500.000 000,00 |

OBSERVACIONES :

Se anexan Condiciones Generales ,Condiciones Particulares y Anexos

| VALORES EN PESO COLOMBIANO | | Subtotal a Pagar en Pesos Colombianos | Valor en Pesos Impuesto a las Ventas | Total a Pagar en Pesos colombianos |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICIÓN | | | |
| 2.331.898.753,00 | 0,00 | 2.331.898.753,00 | 373.103.800,00 | 2.705.002.554,00 |

INFORMACION ADICIONAL :

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 INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S A A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

Aplica el Condicionado General Codigo: D1122D12-1326-P-07-00000VTE079NOV12



N.D NO DECLARADO
250603-1326-P-00-00000VTE105AGO03

ABLE VALOR ASEGURABLE
PERD VALOR DE LA PERDIDA

SMMLV SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES
VAP VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO

SMDLV · SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE
H HURTO SIMPLE HC: HURTO CALIFICADO

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.

# PAGARE PARA RESPALDAR FONDO DE CAJA MENOR

El suscrito ....., mayor de edad, domiciliado en la ciudad de ....., identificado con Cédula de Ciudadanía No. ..... , declaro:----------

PRIMERO: Que he recibido de AEROENVIOS S.A., en sus oficinas de ..... la suma de .....($.....) M/CTE., destinada al movimiento ordinario de Caja Menor, para atender gastos cuya legalización me comprometo a cumplir, mediante la presentación de documentos idóneos, tales como facturas, recibos de caja, tiquetes, etc., con la firma respectiva de parte de quien reciba, como de quien autoriza el pago.----------

SEGUNDO: Si como consecuencia de las anteriores actividades resultare a mi cargo sumas de dinero, bien sea por dificultades en la legalización de los comprobantes o por diferencias físicas del depósito constituido, declaro expresamente que asumo en forma total la responsabilidad por el pago su valor.----------

TERCERO: Que de acuerdo con lo anterior, autorizo a AEROENVIOS S.A. para que descuente las sumas que resultaren en mi contra y hasta su completa cancelación tomando al efecto aquellas partidas a mi favor provenientes de salarios, primas, cesantías y de cualquier otro concepto que me beneficie.----------

CUARTO: No obstante lo anterior expuesto, es entendido que AEROENVIOS S.A. en caso de no lograr la cancelación de los valores a mi cargo, queda facultado para iniciar contra el suscrito la acción civil correspondiente.----------

---

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los treinta (30) días del mes de Septiembre del año 2004.----------

| DEUDOR RESPONSABLE: | DEUDOR SOLIDARIO: |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Nombre: | Nombre: |
| c.c. No. | c.c. No. |