

**ACUERDO TRANSACCIONAL CELEBRADO ENTRE LIBERTY SEGUROS S.A. Y JHON DIEGO
TOBAR VASQUEZ**

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO No. 2608106

AFIANZADO: DYNAMIK S.A.S. en adelante DYNAMIK

ASEGURADO: LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E. en adelante PASTO SALUD E.S.E.

NOMBRE RECLAMANTE: JHON DIEGO TOBAR VASQUEZ

IDENTIFICACIÓN RECLAMANTE: 98.383.145

VALOR DE LA TRANSACCIÓN: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS M/C (\$ 2.557.308)

FECHA DE FIRMA: 23 de agosto de 2018

En la ciudad de Bogotá D.C., el 23 de agosto de 2018 se celebra el siguiente Acuerdo Transaccional entre **LIBERTY SEGUROS S.A.** representada para este acto por la doctora **MARÍA JULIANA ORTIZ AMAYA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá D.C., identificada como aparece al pie de su firma, quien en adelante se denominará **LIBERTY**, entidad que interviene en calidad de asegurador de la póliza de Cumplimiento Estatales No. 2608106 que amparó el contrato No. 001-2016, cuyo afianzado es la **DYNAMIK**, denominada en este acto como el EX EMPLEADOR, y cuyo asegurado y beneficiario es la **PASTO SALUD E.S.E.**, y **JHON DIEGO TOBAR VASQUEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. 98.383.145 actuando en su propio nombre en su carácter de EX TRABAJADOR de la **DYNAMIK**. El presente Acuerdo Transaccional se regula por las consideraciones y cláusulas que a continuación se expresan:

CONSIDERACIONES:

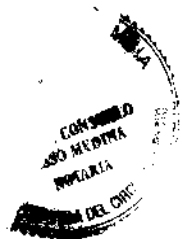
PRIMERA: Que entre la **DYNAMIK** y la **PASTO SALUD E.S.E.** se celebró el Contrato No. 001-2016, cuyo objeto era *"el contratante se obliga a cumplir bajo su responsabilidad y con sus propios medios el desarrollo del proceso de atención al cliente asistencial, en los servicios de atención ambulatoria, urgencias, hospitalización, apoyo diagnóstico y el proceso de apoyo administrativo (gerencia de la información, ambiente físico, gestión de la tecnología), actividad que le es encomendada por la empresa social del estado pasto salud E.S.E."*.

SEGUNDA: El Contrato No. 001-2016, fue garantizado con la Póliza de Cumplimiento Estatales No. 2608106, expedida por **LIBERTY SEGUROS S.A.**

TERCERA: La mencionada Póliza, contempla dentro de sus amparos, el Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones Laborales, con el que se cubre a la Entidad Contratante contra el riesgo de incumplimiento de las obligaciones laborales a que está obligado el Contratista, garantizando únicamente las relacionadas con el personal utilizado para la ejecución del contrato amparado en la póliza.

CUARTA: Que entre **EL EXTRABAJADOR** y la **DYNAMIK**, se celebró un Contrato Laboral, en virtud del cual **EL EXTRABAJADOR** prestaba sus servicios personales como trabajador a la **DYNAMIK**, en las instalaciones de la **PASTO SALUD E.S.E.** o en las instalaciones determinadas





para la prestación del servicio. En la liquidación anexa que forma parte integrante del presente contrato se detallan el cargo desempeñando; el tiempo del contrato, la jornada laboral y el salario con sus recargos respectivos.

QUINTA: EL RECLAMANTE Y LIBERTY SEGUROS S.A., para precaver un eventual litigio, derivado de la relación laboral antes descrita, y con el objeto de transigir o conciliar de mutuo acuerdo cualquier diferencia existente frente a derechos inciertos y discutibles, deciden celebrar el presente CONTRATO DE TRANSACCIÓN, el cual se registrá por las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: OBJETO. LAS PARTES convienen en celebrar el presente Contrato de Transacción, con el fin de efectuar el pago total de los salarios, prestaciones sociales, incapacidades laborales, licencias de maternidad, licencias de paternidad, indemnizaciones a que tiene derecho el RECLAMANTE, como consecuencia de la relación laboral descrita en la consideración CUARTA del presente documento. Así mismo, como de precaver un eventual litigio de conformidad con lo establecido en el Artículo 53 de la Constitución Política, los Artículos 15 y 16 del Código Sustantivo del Trabajo, los artículos 2469 al 2487 del Código Civil, así como las demás normas concordantes aplicables a la materia.

Las PARTES, una vez observada y estudiada la liquidación anexa a este contrato que comprende las sumas adeudadas por: Salarios insolutos, Horas Extras, Festivos, incapacidades laborales, licencias de maternidad, licencias de paternidad, Vacaciones, y Las prestaciones sociales como: Auxilio de Cesantías, Intereses a las Cesantías y Primas de Servicios; acordaron como pago total y definitivo DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS M/C (\$ 2.557.308) señalado al comienzo de este documento y detallado en la liquidación anexa.

SEGUNDA: PAGO. LIBERTY SEGUROS S.A. en calidad de Asegurador del cumplimiento del Contrato No. 001-2016, celebrado entre la **DYNAMIK** y la **PASTO SALUD E.S.E.**, conforme a la solicitud efectuada por el Asegurado y Beneficiario de la póliza de Cumplimiento Estatales No. 2608106 afectará el amparo de Salarios y prestaciones sociales y en este sentido cancela al EX TRABAJADOR el valor correspondiente a lo declarado que asciende a la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS M/C (\$ 2.557.308) a título de TRANSACCION y constituyéndose como pago Único, Total y Definitivo pagaderos en un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de que se reciba el presente documento con sus anexos, pago que se hará a través de giro en el Banco de Occidente y que se resume de la siguiente manera:

Cesantías Año 2016	\$ 743.713
Intereses De Cesantías 2016	\$ 86.519
Prima De Servicios	\$ 0
Vacaciones	\$ 856.072
Salario Diciembre 2016	\$ 767.154
Indemnización Dotación	\$ 65.000
Ajuste A Prima	\$ 38.850
Total Liquidación	\$ 2.557.308



VALOR A INDEMNIZAR

**DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y
SIETE MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS
COLOMBIANOS M/C**

TERCERA: Con la suscripción de este contrato de transacción y el pago convenido, **EL RECLAMANTE transige con EL ASEGURADO (PASTO SALUD E.S.E.), LIBERTY SEGUROS S.A. y la DYNAMIK** cualquier diferencia o litigio presente o futuro relacionado con la reclamación presentada con ocasión de las obligaciones laborales narradas en este Contrato.

En consecuencia, **EL RECLAMANTE** declara de manera definitiva e irrevocable a Paz y Salvo a **LIBERTY SEGUROS S.A.**, a la **PASTO SALUD E.S.E.**, y a la **DYNAMIK** por los conceptos pagados y cubiertos por la póliza de seguros No. 2608106 de que trata el presente contrato, y renuncia expresa e irrevocablemente a formalizar cualquier reclamación pretérita, presente o futura, o a iniciar cualquier acción laboral, civil, penal o administrativa, o de cualquier otra índole que se pudiera generar en virtud de las obligaciones laborales narradas en este contrato y pagadas por **LIBERTY SEGUROS S.A.**, las cuales han quedado definitivamente extinguidas con la presente transacción que sirve de finiquito total y absoluto.

CUARTA: COSA JUZGADA. Esta transacción hace tránsito a Cosa Juzgada de conformidad con lo expuesto en el Artículo 2483, 2469 y demás normas concordantes del Código Civil.

QUINTA: DOMICILIO CONTRACTUAL. Para todos los efectos legales a que haya lugar, se fija como domicilio la ciudad de Bogotá.

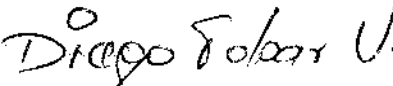
Finalmente, **EL RECLAMANTE** ratificando una vez más que para la aceptación de todos y cada uno de los conceptos, cantidades y pagos establecidos en la presente transacción laboral, obra por su propia voluntad y libre de toda coacción o apremio.

En constancia se firma en original y dos (2) copias de idéntico tenor, en la ciudad de Bogotá, en la fecha indicada al inicio de este documento.

LIBERTY SEGUROS S.A.

MARÍA JULIANA ORTIZ AMAYA
Representante Legal

EL RECLAMANTE,


JHON DIEGO TOBAR VASQUEZ
C.C 98.383.145



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE
DOCUMENTO PRIVADO**

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



61138

En la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia, el primero (01) de septiembre de dos mil dieciocho (2018), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Pasto, compareció:

JHON DIEGO TOBAR VASQUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0098383145 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Diego Tobar V.

----- Firma autógrafa -----



cg6625713yi
01/09/2018 - 09:23:17:763



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento que contiene la siguiente información ACUERDO TRANSACCIONAL.

Miriam Consuelo Lasso Medina

MIRIAM CONSUELO LASSO MEDINA
Notaria dos (2) del Círculo de Pasto

Miriam Consuelo Lasso Medina

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: cg6625713yi



Liberty
Seguros S.A.

FINIQUITO DE INDEMNIZACIÓN

CIUDAD: Pasto FECHA: 01 09 18 RAMO POLIZA: AMPARO AFECTADO:
El suscrito Jhon Diego Tobo, Vasquez identificado(s) con el documento de identidad No 98383145 de Pasto en mi calidad de beneficiario(a) designado(a) por medio del presente documento hago constar que he recibido de LIBERTY SEGUROS S.A. y/o LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. la suma de 2.557.308. como pago único y total por concepto del siniestro No.

En consecuencia, declaro a Liberty Seguros S.A. y/o Liberty Seguros de Vida S.A. libre de toda responsabilidad presente o futura que por los mismos hechos pudieren presentarse por beneficiarios que acrediten tener igual o mejor derecho que yo. El beneficiario de este pago renuncia a iniciar cualquier acción presente o futura que pudiera derivarse del presente radicado contra Liberty Seguros S.A. y/o Liberty Seguros de Vida S.A. y/o funcionarios, abogados, auditores médicos e investigadores, toda vez que este documento se considera con efectos legales de cosa juzgada.

Con base en la normatividad vigente contenida en el título 1 capítulo 11 de la circular externa básica jurídica 007/97 emitida por la Superintendencia Bancaria de Colombia, hoy Financiera, frente a la Prevención y Control del lavado de Activos y financiamiento del terrorismo, solicitanus sea diligenciada completamente la siguiente información, la que será clasificada como confidencial.

1. PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO	<u>Tobo</u>			SEGUNDO APELLIDO	<u>Vasquez</u>			NOMBRE	<u>Jhon Diego</u>
☒ C.E.	☐ C.I.	☐ C.R.	☐ C.T.	☐ C.U.	☐ C.V.	☐ C.W.	☐ C.X.	☐ C.Y.	☐ C.Z.
FECHA DE NACIMIENTO	<u>26/11/1992</u>			LUGAR DE NACIMIENTO	<u>Pasto</u>			FECHA DE EMISIÓN	<u>30/04/1991</u>
PROFESIÓN	<u>Bachiller</u>			INDICAR ESTADO CIVIL	<u>ASADO</u>			NACIONALIDAD	<u>Colombiano</u>
ACTIVIDAD ECONÓMICA	<u>IND.</u>			EMPRESA DONDE TRABAJA	<u>Alcaldía Pasto</u>			OCCUPACIÓN	<u>Centrista</u>
CUIDAD	<u>Pasto</u>			DIRECCIÓN	<u>A. C. M. Arganoy</u>			TELÉFONO	<u>3164240092</u>
PROFESIÓN RESIDENCIA	<u>Hirado Aquino Bl 1 Apt 1011</u>			CUIDAD	<u>Pasto</u>			TELÉFONO	<u>3164240092</u>
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?					¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO?				
SI ☐ NO ☒					SI ☐ NO ☒				
¿POR SU ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?					SI ☐ NO ☒				
SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:									
INGRESOS MENSUALES					ACTIVOS \$				
<u>1.000.000.</u>					<u>20.000.000</u>				
EGRESOS MENSUALES					PASIVOS \$				
<u>600.000.</u>					<u>600.000</u>				
OTROS INGRESOS					CONCEPTO OTROS INGRESOS				
<u>500.000.</u>									

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Debiendo en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto contenido en lo previsto en la circular externa 026 de 2008 expedida por la Superintendencia Financiera, concordante con el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 190 de 1995 <<Estatuto Anticorrupción>> y demás normas legales concordantes para el manejo de los seguros:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Empleado.
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo a las compañías de Seguros, Sociedades de Capitalización e Intermedios de Seguros con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad validamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a Liberty Seguros S.A., Liberty Seguros de Vida S.A., La Libertad Compañía de Inversiones y Servicios S.A. o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

8. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Diego Tobo V.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



Formulario de Conocimiento del Beneficiario

Disposiciones contenidas en la Circular Básica Jurídica
Superintendencia Financiera de Colombia

CIUDAD	FECHA
Pasto	01/09/2018

1. PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Tobar	Vasquez	Jhon Diego
Documento de Identidad	No. Documento de Identidad	Lugar de Expedición
C.C. ☒ C.E. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ Otro ☐	98383145	30/04/1991 PASTO
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
28/11/1972	PASTO	Colombiano
Actividad Económica	Profesión y/o Ocupación	
Asalariado ☒ Comerciante ☐ Estudiante ☐ Hogar ☐ Independiente ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Otra ☐ Cual	Bachiller	
Empresa donde trabaja	Cargo	Ciudad
Alcalde	Aux Administrativo	PASTO
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono
Mirador de Aquino Torre 1 Apto 1011	PASTO	3164240098

2. PERSONA JURIDICA

Razón o Denominación Social	NIT	Dígito de chequeo
Representante Legal		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Documento de Identidad	No. Documento de Identidad	Lugar de Expedición
C.C. ☐ C.E. ☐		
Datos Oficina Principal		
Dirección	Ciudad	Teléfono
		Fax
Tipo de Empresa		
Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Oficina de Representación ☐ Sociedad Extranjera ☐ Otra ☐ Cual		
Actividad Económica		
Industrial ☐ Agrícola ☐ Comercial ☐ Civil ☐ Transporte ☐ Servicios Financieros ☐ Construcción ☐ Salud ☐ Otra ☐ Cual		

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Con la entrega de este formulario de actualización de conocimiento de beneficiario, como parte de los documentos solicitados para el pago de mi solicitud de indemnización, autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A. NIT: 860.039.988-0 y/o LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. NIT: 860.008.645-7, según sea el caso, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de: 1) mi vinculación como beneficiario de la póliza que pretendo afectar con mi solicitud de indemnización; 2) Para la atención, análisis, liquidación y el pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro que pretendo afectar con mi solicitud de indemnización; 3) Para el envío de información relacionada con dicha solicitud de indemnización, a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Adicionalmente los autorizo a transferir mis datos personales a: 1) a los intermediarios de seguros de la póliza que pretendo afectar con mi solicitud de indemnización, en caso de ser necesario; 2) al tomador de la póliza que pretendo afectar con mi solicitud de indemnización, en caso de ser necesario; 3) A los coaseguradores o reaseguradores en Colombia e en el exterior; 4) A FASECOLDIA E INVERFIAS. Declaro que he sido informado de: 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencioncliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077950 de Bogotá; 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos; b) Solicitar prueba de la autorización que otorga; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presenar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento; 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales; 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Así mismo declaro que este documento hace parte de los documentos entregados y firmados como solicitud de indemnización, en caso de que haga uso de mensaje de datos para la entrega de este documento por medio digital. Dicho mensaje de datos reemplaza el requisito de mi firma, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 527 de 1999.

4. FIRMA

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Diego Tobar V.
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(*Solo es necesaria en caso de que el documento sea entregado en físico)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
98383145

NUMERO

TOBAR VASQUEZ

APellidos

JHON DIEGO

Nombres

Jhon Diego Tobar Vasquez

Firma



IMPONCE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1972

PASTO

(NARINO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RII

M

EXO

30-ABR-1991 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Esquivel
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESQUIVEL



A: 2300100 53091742-M-0098383145-20011029

0237701299A 02 116652542

