

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA		Código Regional	19
			Código Centro	930710
			Fecha Elaboración	Julio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
		ID de Proceso	96033-765403	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA croa@sena.edu.co	C.C.	76.326.545
Correo electrónico contratista:		3006654584		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		☐ NO	Inducción SST	☐ SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	☐ NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		☐ NO		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		☐ N/A		
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		☐ N/A		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1701048/2020	N° Compromiso SIIF	102120	
Valor Total del Contrato	\$ 15.073.333	N° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 15.073.333	Periodo objeto de pago	Del 21/07/2020 Al 31/07/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.600.000	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.473.333	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.473.333	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 917.275			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio	Valor Base retención en la fuente	917.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.223.033,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 300	2.446,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 1.470.887,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 305.758	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Atención y ejecución de la formación virtual como instructor vocero de los cursos asignados de gestión logística 1881657,1966018				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR COORDINADOR ACADÉMICO	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO				
FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA

Nro. de recibo: 9408522973

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9408522973

Identificación del contribuyente: 201.190.126.71

Concepto: CC

Razón Social: 76326545

Fecha y hora de la transacción: Jueves 23 de Julio de 2020 01:29:57 PM

Nro. de comprobante: 0000059577

Valor pagado: \$ 387,600.00

Cuenta: *****3554

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera
de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

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

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 76326545		CRUZ ROA CLAUDIO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 26 N # 3 - 43	POPAYAN-CAUCA	8358038	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	690836099	9408522973	I	2020/08/13	2020/07/23	BANCOLOMBIA	0	\$387,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
1	CC 76326545	CRUZ ROA CLAUDIO FERNANDO	230301	30	\$1,360,000	\$217,600	EPS037	30	\$1,360,000	\$170,000		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,360,000	\$217,600			\$1,360,000	\$170,000			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$217,600	\$0	\$0	\$217,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$217,600	\$0	\$0	\$217,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$170,000	\$0	\$0	\$170,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$170,000	\$0	\$0	\$170,000	
TOTAL				1	\$387,600	\$0	\$0	\$387,600	



Más Vida Salud Integral

NIT. 34557797-6

Calle 16 Norte #6-27, Popaya Colombia

Tel. 8232283 Cel. 3206105337 E mail: vesmedina@yahoo.es

N° 128

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	07 MES	2020 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIÓN DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULAR			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRUZ ROA CLAUDIO FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	43 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC	76326545
						Tipo	Número
Cargo CONTRARISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP SVE VISUAL SVE CARDIOVASCULAR PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KG PEGADO AL CUERPO			HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE CON EXAMEN FÍSICO QUE MUESTRA SOBREPESO.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: SALAZAR MEDINA VICTORIA EUGENIA				Nombre: CRUZ ROA CLAUDIO FERNANDO			
R. M.: 27999		L.S.O.: 12510-10-2018		Código de Seguridad V691B1H128		CC: 76326545	



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76326545 realizó el día 23/07/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

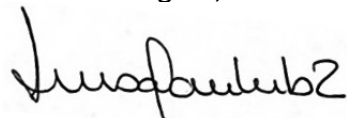
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA, con Cédula Ciudadanía No. 76326545 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 18/07/2020 y fecha fin de contrato 30/11/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001017212168.

Dada en Bogotá, a los 22 días del mes de julio de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Sabado, 11 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLAUDIO FERNANDO CRUZ ROA identificado(a) con CC 76326545, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	26130700208	2014/09/10	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia



7709998021167002305318

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000023053180

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
21/07/2020 09:20a.m.				
RECIBIMOS DE: Claudio Fernando Cruz Roa		CC. 76.326.545		
LA SUMA DE: Treinta y dos mil ciento treinta pesos . *****				
POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000023053180				
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NIZA-44-101019029-0-1	\$27,000.00		\$5,130.00	\$32,130.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 32,130.00			EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 32,130.00 OTROS: \$32,130.00	
TRANSACCION: 0002305318			TOTAL: \$32,130.00 CAJERO: PAGUESTADO	



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.						SUCURSAL NIZA						COD.SUC 64		NO.PÓLIZA 64-44-101019029		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO										
17 07 2020			17 07 2020			00:00	30 03 2021			23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL CRUZ ROA, CLAUDIO FERNANDO	IDENTIFICACIÓN CC: 76.326.545
DIRECCIÓN: CL 26 NRO. 3 - 43	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO: 3006654584

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 2 - 80	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO 8245910

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, 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:

GARANTIZAR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. 19 - C01.PCCNTR.1701048 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA VIRTUAL O COMPLEMENTARIA, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA PROGRAMA: GESTION - LOGISTICA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17/07/2020	30/03/2021	\$1,507,333.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****7,000.00	\$ *****5,130.00	\$ *****32,130.00	\$ *****1,507,333.30	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANNGO SEGUROS CIA LTDA	133445	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 AV. SUBA NO. 118 - 33 - TELEFONO: 2186977 - BOGOTA, D.C.

64-44-101019029

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL NIZA						COD.SUC 64		NO.PÓLIZA 64-44-101019029		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
17 07 2020			17 07 2020			00:00	30 03 2021			23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL CRUZ ROA, CLAUDIO FERNANDO	IDENTIFICACIÓN CC: 76.326.545
DIRECCIÓN: CL 26 NRO. 3 - 43	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO: 3006654584

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 2 - 80	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO 8245910
ADICIONAL:	



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****7,000.00	IVA \$ *****5,130.00	TOTAL A PAGAR \$ *****32,130.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****1,507,333.30	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANNGO SEGUROS CIA LTDA	133445	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 AV. SUBA NO. 118 - 33 - TELEFONO: 2186977 - BOGOTÁ, D.C.

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415) 7709998021167 (8020) 11021309684769 (3900) 000000032130 (96) 20210717

REFERENCIA
PAGO:
1102130968476-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE