SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920410** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **34563-608703** |
| **No. de documento** | **453420** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA | **C.C.** | 43.182.932 | **IP/Nº de contacto** | 43402 |
| **Correo electrónico contratista:** | mjramirez@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 01568221326 | |
| **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 2022 supera los $ 125'413.200** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3407498/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **14622** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.101.733 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 26.113.733 | **5** | **Del** | **01/06/2022** | **Al** | **30/06/2022** | **$ 3.997.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 22.116.733 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA CADENA DE TICS- ELECTRÓNICA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA QUE SE IMPARTEN EN EL CENTRO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.997.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.997.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.326.937** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | **Junio** | **Mayo** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **55662036** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.598.800 | $ 1.598.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 199.900 | $ 199.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 255.900 | $ 255.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.400 | $ 8.400 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ - | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ 438.618 | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 775.646 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.326.937,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.541.200,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 15.988,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.981.012,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de formación profesional para el trimestre con las fichas asignadas
Desarrollo de materiales para las actividades de aprendizaje
Plataformas usadas (Microsoft trams, Google drive, Correo electrónico y Whatsapp)
Se llevan a cabo las actividades propias de la ejecución de la formación.
Se tienen guías listas para cada tema a trabar y se disponen para los aprendices
Se evidencia en el área algunas novedades en el deterioro de la infraestructura.
Desde la etapa lectiva se está atenta a los grupos que van a salir a etapa productiva, para dar las indicaciones básicas sobre este pr
Se incentiva a los aprendices de las fichas asignadas en el trimestre para que siempre dejen los ambientes limpios
se presenta el reporte de Sofia plus, el informe contractual, planilla de honorarios y salud

**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.

**MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**HONORIO DE JESUS OLIVEROS GOMEZ**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**GUSTAVO LOPEZ DE MESA GUTIERREZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2022-06-03, 07:39:37 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | mayo de 2022 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2022 |
| **Empresa** | MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 43182932 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 55662036 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1487306972 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 464.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 255.900 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 199.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 8.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 464.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 464.200 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

Póliza N°: 090001113548

Fecha de expedición: 12 de julio de 2021



# PLAN SALUD GLOBAL FAMILIAR

## Este es el certificado del seguro con el que ahora te acompañamos

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL TOMADOR

| Tomador | Tipo y número de identificación |
|---|---|
| MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA | C 43182932 |

| Dirección de correspondencia | Ciudad | Correo electrónico | Celular o teléfono |
|---|---|---|---|
| CL 35 C # 69 B 13 | ITAGUI | maryaju@hotmail.com | 3363669 |

## ASEGURADOS PLAN 3831

| Nombre y apellidos | Tipo de identificación | Número de identificación | Parentesco | Edad |
|---|---|---|---|---|
| MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA | CEDULA | 43182932 | AFILIADO(A) | 38 AÑOS |

| Extraprima por edad | Descuento grupo familiar | Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo | Prima anual (IVA incluido) |
|---|---|---|---|
| 0% | 0% | $11.400 | $5.263.411 |

## TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

| COBERTURA | APLICA POR | COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago) | COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago) | COPAGOS EN RED EXTERNA | COPAGOS EN SALUD SURA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Gastos hospitalarios y quirúrgicos** | | | | | |
| Habitacion individual sencilla | Hospitalización | ilimitada | ilimitada a tarifas SURA en Convenio | $0 | No aplica |
| Unidad de cuidados intensivos | | | | | |
| Gastos intrahospitalarios | | | | | |
| Hospitalización domiciliaria | Evento | | No aplica | | |
| **Honorarios médicos** | | | | | |
| Visitas médicas pre y posthospitalarias hasta 3 | Hospitalización | Limitada | Por visita hasta $183.000 | $0 | No aplica |
| Visitas hospitalarias | | ilimitada | | | |
| Visitas hospitalarias en UCI | | | Por visita hasta $366.000 | | |
| Honorarios quirúrgicos y de anestesiólogo | | | Tarifas SURA en convenio, más 20% | | |
| Enfermera posthospitalaria (hasta 20 días) | Evento | Limitada | Por día hasta $91.500 | | |
| **Prótesis e insumos** | | | | | |
| Prótesis e insumos | Hospitalización | ilimitada | Tarifas SURA en convenio | $0 | No aplica |
| Prótesis de miembros superiores o inferiores | Vigencia anual | $154.552.000 | $154.552.000 | | |

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

| COBERTURA | APLICA POR | COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago) | COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago) | COPAGOS EN RED EXTERNA | COPAGOS EN SALUD SURA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Donación de órganos** | | | | | |
| Donación de órganos | Hospitalización | ilimitada | Tarifas SURA en convenio | $0 | No aplica |
| **Medicamentos pre y post hospitalarios** | | | | | |
| Medicamentos pre y post hospitalarios | Hospitalización | Condiciones Generales | Al 100% | $0 | No aplica |

## TRATAMIENTO AMBULATORIO EN COLOMBIA

| COBERTURA | APLICA POR | COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago) | COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago) | COPAGOS EN RED EXTERNA | COPAGOS EN SALUD SURA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamientos para Cáncer, VIH - SIDA, Hemodiálisis y Diálisis** | | | | | |
| Quimio, radio y hormonoterapia por cáncer o leucemia | Evento | ilimitada | Tarifas SURA en convenio | $0 | No aplica |
| Hemodiálisis y diálisis peritoneal | | | | | |
| VIH-SIDA | | | | | |
| Visita médica para cáncer | Consulta | | $183.000 | | |
| Visita médica para VIH-SIDA | | | | | |
| Medicamentos secundarios a quimio, radio y hormonoterapia | Vigencia anual | $19.322.000 | $19.322.000 | | |
| **Tratamientos específicos enunciados en las condiciones generales** | | | | | |
| Tratamientos específicos limitado | Vigencia anual | Al 100% Limitada | $23.897.000 | $0 | No aplica |
| Visita tratamiento específico limitada | Consulta | Limitada | $183.000 | | |
| **Otros tratamientos médicos ambulatorios** | | | | | |
| Cirugías, fracturas, luxaciones y esguinces | Evento | ilimitada | Tarifas SURA en convenio | $0 | No aplica |
| Urgencias por accidente | | | | | |
| Puvaterapia | | | | | |
| Laboratorio clínico ilimitado | | | Al 80% | $33.000 | $0 |
| Exámenes diagnostico, imagenologia o radiológicos | Orden | | | $0 | No aplica |
| Órtesis | Vigencia anual | $1.836.500 | $1.836.500 | | |
| Consultas prenatales Limitada | | Limitada | $915.000 | | |
| Valor máximo consulta prenatal | Consulta | Al 100% hasta el valor máximo por vigencia anual | Hasta $183.000 | | |
| Infiltraciones ortopédicas Intratimpánicas y dermatológicas | Evento | ilimitada | Tarifa SURA en convenio | $33.000 | $0 |
| Asistencia domiciliaria por urgencias odontológicas | | Ilimitada | No aplica | $0 | No aplica |
| **Terapias enunciadas en las condiciones generales** | | | | | |
| Terapias | Sesión | ilimitada | Hasta $73.200 | $15.000 | $13.500 |
| Nebulizaciones Evento | Evento | | | | $0 |
| Evaluación neuro psiquiátrica psicológica hasta 1 | | Limitada | No aplica | $37.000 | |
| Escleroterapia hasta 10 sesiones por vigencia anual | Sesión | | | $50.000 | |
| **Exequial** | | | | | |
| Auxilio | Evento | No aplica | $10.718.700 | $0 | No aplica |

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO FUERA DE COLOMBIA

| COBERTURA | APLICA POR | COBERTURA EN EL EXTERIOR (Menos el deducible) | DEDUCIBLE EN EEUU | DEDUCIBLE RESTO DE AMERICA | DEDUCIBLE RESTO DEL MUNDO |
|---|---|---|---|---|---|
| **Gastos Hospitalarios y Quirúrgicos** | | | | | |
| Habitación semi privada | Hospitalización | Hasta el valor asegurado máximo por vigencia anual | 1. Precertificado: el 15% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000.**2. No precertificado: el 40% de la suma facturada. | El 15% con un maximo de USD 15.000. | El 25% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000. |
| Unidad de cuidados intensivos | | | | | |
| Gastos hospitalarios | | | | | |
| Prótesis e insumos | | | | | |
| Prótesis de miembros superiores o inferiores | | $200.000.000 | | | |
| **Honorarios Médicos, Quirúrgicos y de Anestesiólogo** | | | | | |
| Honorarios médicos, quirúrgicos y de anestesiólogo | Hospitalización | Hasta el valor asegurado máximo por vigencia anual | 1. Precertificado: el 15% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000.**2. No precertificado: el 40% de la suma facturada. | El 15% con un maximo de USD 15.000. | El 25% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000. |
| **Tratamientos Ambulatorios** | | | | | |
| Cirugías | Evento | Hasta el valor asegurado máximo por vigencia anual | 1. Precertificado: el 15% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000.**2. No precertificado: el 40% de la suma facturada. | El 15% con un maximo de USD 15.000. | El 25% de la suma facturada con un maximo de USD 15.000. |
| Quimio, radio y hormonoterapia por cáncer o leucemia | Vigencia anual | $1.000.000.000 | | | |
| Hemodiálisis y diálisis peritoneal | | $500.000.000 | | | |
| Exámenes diagnóstico, imagenología o radiológicos | | $100.000.000 | | | |

## ASISTENCIA EN VIAJE

| COBERTURA | COBERTURA ASISTENCIA EN VIAJE POR RED (APLICAN CONDICIONES GENERALES) | TIEMPO DE ASISTENCIA COBERTURA EN VIAJE POR RED |
|---|---|---|
| **Suma asegurada máxima por viaje** | | |
| Suma asegurada máxima | $50.000 USD | Hasta 90 días |
| **Coberturas con sublímite de valor asegurado por viaje** | | |
| Medicamentos ambulatorios relacionados con la emergencia | $3.000 USD | Hasta 90 días |
| Odontología por urgencia, limitada únicamente al tratamiento del dolor | $1.500 USD | |
| Complicaciones del embarazo hasta la semana 32 de gestación | $7.000 USD | |
| Hospitalización psiquiátrica aguda | $12.000 USD | |
| Enfermedades previas al viaje, amparadas por la póliza | $25.000 USD | |

## COBERTURAS OPCIONALES

| COBERTURA | APLICA POR | COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago) | COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago) | COPAGOS EN RED EXTERNA | COPAGOS EN SALUD SURA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consulta Externa Ilimitada** | | | | | |
| Consulta externa ambulatoria | Consulta | Ilimitada con copago | Hasta $173.700 | $34.500 | $22.000 |
| **Urgencias por Enfermedad Ilimitada** | | | | | |
| Honorarios médicos | Urgencia | Ilimitada con copago | Hasta $188.200 | $56.500 | $33.000 |
| Insumos clínicos | | ilimitada | ilimitada | $0 | $0 |

**Los copagos se modificarán anualmente a partir del primero (1ro) de enero de cada año, independiente de la fecha de renovación de tu seguro.**

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## ANEXOS OPCIONALES

| Nombre asegurado | Consulta externa | Urgencias por enfermedad |
|---|---|---|
| MARIA JULIETA RAMIREZ GAVIRIA | SI | SI |

## VALOR ASEGURADO MAXIMO POR VIGENCIA ANUAL

| | |
|---|---|
| Tratamiento médico hospitalario y ambulatorio realizado sólo en colombia ** | ilimitada |
| Tratamiento médico hospitalario y ambulatorio realizado en colombia y en el exterior ** | $5.000.000.000 |

## VIGENCIA Y VALOR DEL SEGURO

| Vigencia del seguro | Desde | Hasta | Valor sin IVA | Valor IVA | Valor del seguro |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2021-07-12 | 2022-07-12 | $5.012.772 | $250.639 | $5.263.411 |

## INFORMACIÓN DEL PAGO

| Forma de pago | Valor sin IVA | Valor IVA | Valor del Seguro |
|---|---|---|---|
| MENSUAL | $417.731 | $20.887 | $438.618 |

## INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

| Número de la póliza | Plan | Oficina de radicación |
|---|---|---|
| 090001113548 | 3831 | 4036 UNIDAD DE COMPETITIVIDAD 03 ME |

## INFORMACIÓN DEL ASESOR

| Código | Nombre | Teléfono/Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| 7792 | MESA BARRENECHE Y CIA LTDA ASESORES EN S EGUROS | 3104244270 | mesabarrenecheycialtda@asesorsura.com |

## TEXTOS Y ACLARACIONES

Este seguro se terminará:

a) Por mora en el pago de la prima.
b) Por incumplimiento de tus obligaciones.
c) Cuando lo decidas y mediante una comunicación escrita debidamente firmada.

El tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momentode la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y sus anexos y a entregar información veráz y verificable. A su vez la compañía tiene la facultad de cancelarel contrato, de conformidad con lo autoizado por el régimen legal propio de cada contrato, en caso de desatención a estos deberes.
Somos grandes contribuyentes. Favor no efectuar retención sobre el IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente decreto reglamentario 2509/85 art. 17. Autorretenedores resolución n° 009961 terminación automática del contrato del seguro: "La mora en el pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella,producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato". El presente contrato se rige por las condiciones generales y particulares contenidas en la forma F-14-11-0090-195 las cuales se adjuntan.

## CONDICIONES GENERALES

| Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual pertenece | Identificación de la proforma |
|---|---|---|---|---|
| 13-07-2020 | 14-11 | P | 35 | F-14-11-0090-195 |

Firma autorizada

Si tienes alguna inquietud o deseas información adicional, puedes comunicarte con tu asesor Mesa Barreneche Y Cia Ltda Asesores En S Eguros al teléfono 3104244270, escribirle al e-mail: mesabarrenecheycialtda@asesorsura.com,
o contactarnos a través de nuestra Línea de Atención al Cliente, en Bogotá, Cali y Medellín al número telefónico 437 8888.
Llama sin costo desde cualquier lugar del país al 01800 051 8888 o desde tu celular marcando #888.

Para Efectos De Cualquier Notificación, La Dirección De Seguros Generales Suramericana S.A.
Es: Carrera 64b N°49a– 30 De Medellín.

CLIENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA