SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**05501-793990**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.690.291	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ialvarezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	32229476661
IP/Nº de contacto:	3176355754	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5894925/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**21724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR : Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral complementaria programada en el Centro Agroturistico a personas en situacion de desplazamiento, en la red de conocimiento: Agroindustria

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.683.432
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 30.842.400
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 24.828.132

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 378.091	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.233.391**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.578.652**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**29275381**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 16.100	$ 13.600
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 423.339	
Salud hasta	$ 753.040	$ 162.500	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 860.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 441.743		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.578.652,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.233.391,00	
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 - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
Reteica - 8551 - SOCORRO	12.700,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.842.600,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2925972 Competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales

Actividad: Generar un comportamiento emprendedor en los aprendices en formación.

Fecha de Formación: Días 04, 06, 07 y 08 de Marzo de 2024. Total horas: 40.

Ficha: 2943379 Competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales

Actividad: Generar un comportamiento emprendedor en los aprendices en formación.

Fecha de Formación: Días 15, 16, 17, 18 y 20 de Marzo de 2024. Total horas: 48.

Ficha: 2950653 Competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales

Actividad: Generar un comportamiento emprendedor en los aprendices en formación. Fecha de Formación: Días 26 y 27 de Marzo de 2024.

Total horas: 12. Total horas del mes: 100. Planilla de salud No. 29275381 Asopagos Mes de Febrero.

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



INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

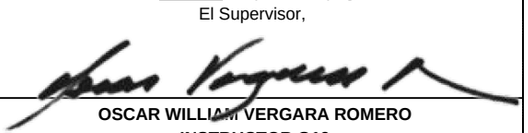
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G19

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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1101690291
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-03-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-03-21
FECHA DE PAGO:	2024-03-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-02
PERÍODO SALUD:	2024-02
NÚMERO PLANILLA:	29275381
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29275381
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.600	$ 13.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.100	$ 176.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/04/2024

Seguros de Vida S.A.
NIT 901.660.669-6

Certifica:

Que el(la) señor(a) **INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES** identificado(a) con **Cédula de ciudadanía** número **1101690291** le fue reconocida una **Pensión de invalidez** y se encuentra recibiendo **13** mesadas pensionales desde **2022-12-01** bajo la modalidad **Renta vitalicia inmediata** en **ASULADO SA**. A la fecha, la pensión se encuentra **Activa**.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a) el **2024/3/18.**

Cordialmente,

Sergio Mauricio Hernández Zapata
Líder de Operaciones y Servicios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*__Importante__: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros: Línea de servicio **Asulado**: Medellín **(604) 4026876** y Nacional **01 8000 412 854**
www.asulado.com

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 8 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1186964353	SHARIK SAMARA CHAPARRO ALVAREZ	Hijo(a)

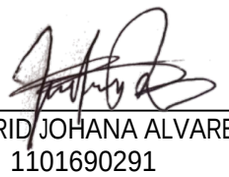
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
C.C. 1101690291

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.186.964.353

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152801271

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOCORRO. HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	ALVAREZ

Nombre(s)

SHARIK SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUN Día 10	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	144258505

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ CORTES INGRID JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.101.690.291	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.156.262	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.156.262	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2018 Mes JUN Día 12	FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamS

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SOCORRO - SANTANDER

El suscrito Registrador del Estado Civil, certifica que la fotocopia al respaldo de esta hoja es **fiel y auténtica**, y fue tomada de su original que reposa en los **archivos de Registro Civil** de esta oficina.

Libro 79 Serial 15280777 N1 N2 R X

Fecha: 12 JUN. 2018

Valido Para: TRAMITE

FERNANDO FONSECA ÁLVAREZ
Registrador del Estado Civil
Válido sin sello. Dcto. 2150/95

21880354-6

Escaneado con CamS

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcprodrig	CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 6 de marzo de 2024	

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 52082426433949657872999 6
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Localizacion: BOGOTA D.C.
Hora de firma: 2024/03/06 16:14:34 -05:00

Firmado digitalmente por:
Nombre: CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Cédula de ciudadanía: 41786707
Usuario SIIF: MHcprodrig
6/03/2024 4:14:46 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHyacalder	YINI ALEXANDRA CALDERON DIAZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-068-	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER
Fecha y Hora Sistema:	6/03/2024 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 724 de fecha 2024-01-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	43324	**Fecha Registro:**	2024-03-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-068-954110 CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	378.091,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	378.091,00	**Saldo x Obligar:**	378.091,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1101690291	**Razón Social:**	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	32229476661	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	41786707	**Nombre:**	CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**8324**	**Número:**	COM 8324	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2024-03-06

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
954110 CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		378.091,00	0,00		
					Total:	378.091,00	0,00	378.091,00	378.091,00

Objeto:	VIATICOS FORMACION: COM 8324. 07 AL 08 DE MARZO A SUAITA. IMPARTIR FORMACIÓN EN EL PROGRAMA: COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR PARA POBLACIÓN VICTIMA DEL MUNICIPIO DE SUAITA.S/G COMUNICACION CPE No. 68-9-2024-008068 DE 06/03/2024

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-03-08	378.091,00	378.091,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Firmado digitalmente por Lady Leonela Ortiz Viviescas

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: San Gil 17/03/2024

PRESENTADO A: Celia Patricia Rodríguez Martínez Subdirectora (E) Centro Agroturístico San Gil

ORDEN DE VIAJE No:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FINALIZACION:
8324	07/03/2024	08/03/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
Suaita	Centro Agroturístico	Suaita

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

Impartir formación en el programa: Comportamiento Emprendedor para población víctima del municipio de Suaita. Ficha: 2925972.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

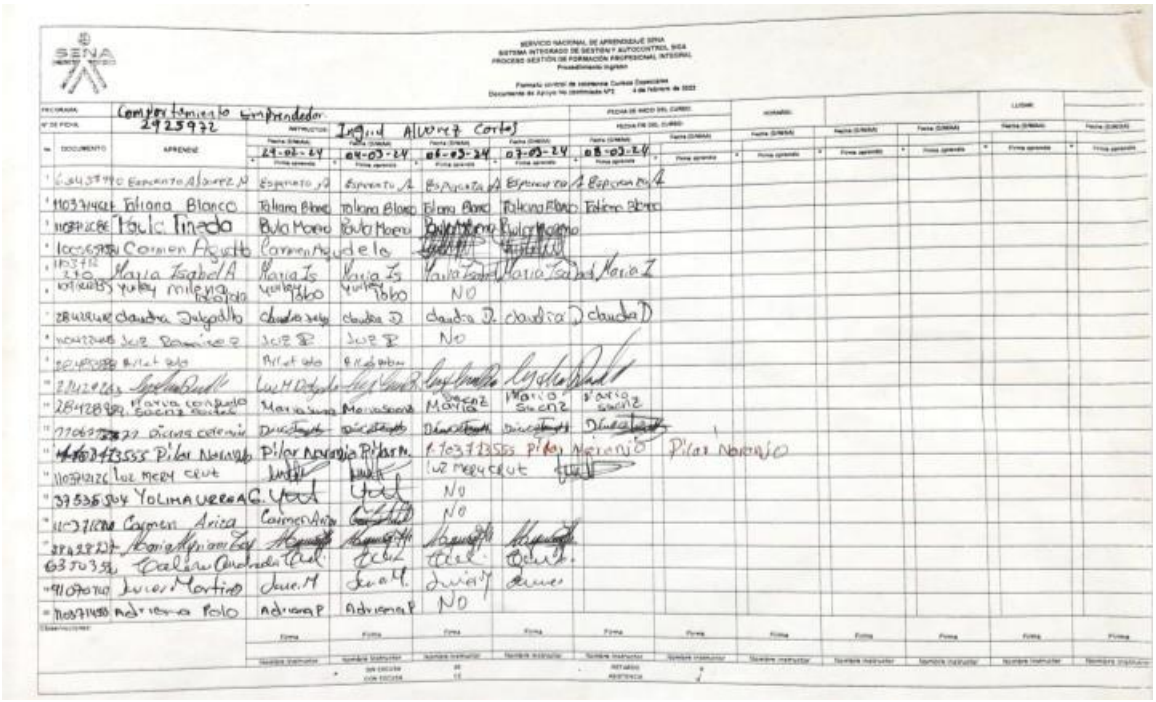
1. Explicación sobre Capacidades de un Emprendedor.
2. Explicación sobre la DIANA de las metas estratégicas empresariales.

RESULTADOS:

1. Se reforzó las habilidades de liderazgo y emprendimiento.
2. Se estableció estrategias de márquetin en la Unidad Productiva.
3. Se logró una imagen corporativa en los productos de la Unidad Productiva.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**





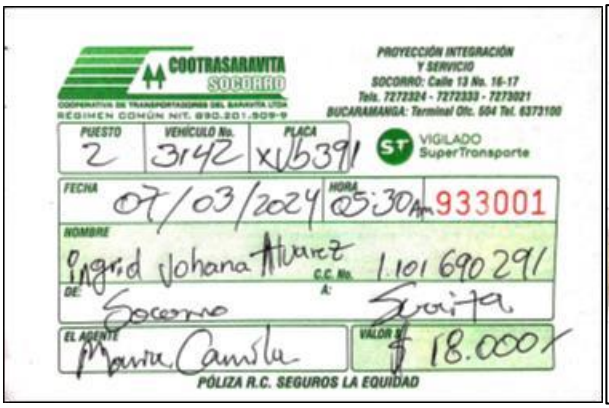
COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
N.A	N.A	N.A
N.A	N.A	N.A

CONCLUSIÓNES:

1. En la apropiación del conocimiento de la complementaria en Comportamiento Emprendedor para la unidad productiva del municipio de Suaita, se logró el posicionamiento de cada uno de los productos elaborados por los aprendices, de los cuales se caracterizaron por la imagen corporativa y la aplicación de técnicas de mercadeo para poder lograr fomentar la cultura de emprendedores, líderes y sobre todo de capacidad empresarial para fomentar el empleo y mejorar la calidad de vida de la población víctima del municipio por medio de la unidad productiva creada.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Ingrid Johana Álvarez Cortes	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador de Programas Especiales	**Oscar William Vergara Romero**	



COOTRASARAVITA SOCORRO
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL SARAVITA LTDA
RÉGIMEN COMÚN NIT. 890.201.509-9

PROYECCIÓN INTEGRACIÓN Y SERVICIO
SOCORRO: Calle 13 No. 16-17
Tels. 7272324 - 7272333 - 7273021
BUCARAMANGA: Terminal Ofc. 504 Tel. 6373100

VIGILADO SuperTransporte

PUESTO	VEHÍCULO No.	PLACA
2	3142	XVB391

FECHA: 07/03/2024 HORA: 05:30 Am 933001

NOMBRE: Ingrid Johana Alvarez C.C. No. 1.101 690 291

DE: Socorro A: Suaita.

EL AGENTE: Maria Camila VALOR $: $ 18.000

PÓLIZA R.C. SEGUROS LA EQUIDAD



COOTRASARAVITA SOCORRO
COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL SARAVITA LTDA
RÉGIMEN COMÚN NIT. 890.201.509-9

PROYECCIÓN INTEGRACIÓN Y SERVICIO
SOCORRO: Calle 13 No. 16-17
Tels. 7272324 - 7272333 - 7273021
BUCARAMANGA: Terminal Ofc. 504 Tel. 6373100

VIGILADO SuperTransporte

PUESTO	VEHÍCULO No.	PLACA
2	6103	XUF424

FECHA: 08/03/2024 HORA: 05:30 Pm 933087

NOMBRE: Ingrid Johana Alvarez C.C. No. 1101690291

DE: Suaita A: Socorro.

EL AGENTE: Luz Miriam Lopez VALOR $: $ 18.000

PÓLIZA R.C. SEGUROS LA EQUIDAD