

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE - SERVICIOS PRES		Código Regional	76
			Código Centro	931110
			Fecha Elaboración	21 de febrero de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	33042-335091
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE		C.C. 31.171.178	IP/N° de contacto 3006182203	
Correo electrónico contratista: eizquierdoa@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 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI		Inducción SST ☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI	
Banco al cual consignar: BANCO BBVA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 520425646	
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		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1344829/2020	N° Compromiso SIIF 10120			
Valor Total del Contrato \$ 34.111.350	N° Pago 1	Periodo objeto de pago Del 06/02/2020 Al 29/02/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.158.458,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 34.111.350			Comisiones \$ 0,00	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 30.952.892				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.158.458 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.158.458 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.098.694	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Retefuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente 2.098.694,00 TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.263.383	\$ 1.263.383	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 2.798.258,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 158.000	\$ 158.000	\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 202.200	\$ 202.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
ARL \$ 6.600	\$ 6.600	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ 0	Pro-UCEVA 15.792,00 0,500%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ 0	Universidad del Pacífico 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ -	\$ -	\$ 0	VALOR A PAGAR \$ 3.142.666,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ 0		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 699.565	\$ 699.565	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ 0		
SON: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1. Acciones de formación fichas 1805177, 1947740 Y 1947795 Tecnología en Gestión de Procesos Administrativos en salud, sede salomia Jornada noche y las fichas 1906438 y 1947823 Técnico en apoyo administrativo en salud sede Universidad Libre jornada diurna. 2. Preparación de acciones de formación para el diseño de didácticas activas a trabajar con los grupos en formación 3. Desarrollo curricular para la elaboración de guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, diseño de materiales de formación 4. Registro y seguimiento de las inasistencias de los aprendices vinculados al proceso de formación. 5. Elaboración del informe mensual para presentación de cuenta de cobro del periodo correspondiente				
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.			ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN 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,	
			NERCY ROSSI SALAZAR 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				
EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Bogotá, Enero 16 de 2020

Señora:
IZQUIERDO ALZATE ESTRELLA
CC. 31171178
CR 3 NO 65B 58 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 18 de 2001. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RESTREPO IZQUIERDO ALEJANDRA	18642022	R	Dic-6-2001	11	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Abr-12-2002	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
RESTREPO IZQUIERDO DIANA XIMENA	18642023	R	Dic-6-2001	11	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Abr-12-2002	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
RESTREPO IZQUIERDO ESTIVEN	18642025	R	Dic-6-2001	11	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Abr-12-2002	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
IZQUIERDO ALZATE ESTRELLA	31171178	C	Oct-18-2001	596	0	COTIZANTE	VIGENTE		Proteccion Laboral 3, mes 0	Ninguna
QUINTERO IZQUIERDO JHONATAN DAVID	87092153789	T	Oct-10-2001	432	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-1-2010	Retirado por no acreditación de anexos	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONTRATOS C T A	31171178	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA PSA	31171178	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA PSA	31171178	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE	31171178	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE	31171178	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE	31171178	Trabajador Independiente	CERRADO
GESTION DE PROTECCION HUMANA	31171178	Dependiente	CERRADO
GRUPO PROFESIONAL DE APOYO GLOBAL SERVICE SAS	31171178	Dependiente	CERRADO
GRUPO PROFESIONAL DE APOYO GLOBAL SERVICE SAS	31171178	Dependiente	CERRADO
GRUPO PROFESIONAL DE APOYO GLOBAL SERVICE SAS	31171178	Dependiente	CERRADO
GRUPO PROFESIONAL DE APOYO GLOBAL SERVICE SAS	31171178	Dependiente	CERRADO
RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE ESE	31171178	Dependiente	CERRADO
SENA	31171178	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **31171178**, se encuentra afiliado (a) desde **06/02/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	5	HORIZONTE	01/02/1996	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de enero de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

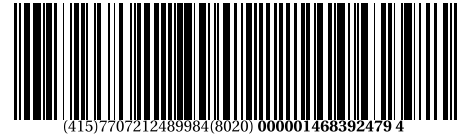
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14683924794



(415)7707212489984(8020) 0000014683924794

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 1 1 7 1 1 7 8

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

3 1 1 7 1 1 7 8

27. Fecha expedición:

1 9 8 4 0 9 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio:

Palmira

5 2 0

31. Primer apellido

IZQUIERDO

32. Segundo apellido

ALZATE

33. Primer nombre

ESTRELLA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio:

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 3 65 B 58 BRR PARQUE RESIDENCIAL EL BOSQUE

42. Correo electrónico:

eizquierdo@misena.edu.co

43. Código postal

3 0 0 6 1 8 2 2 0 3

44. Teléfono 1:

6 6 4 6 8 0 9

45. Teléfono 2:

6 6 4 6 8 0 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 1 0 2 0 6

Actividad secundaria

48. Código:

8 5 4 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 0 4 1 1

50. Código:

1 2

Otras actividades

Ocupación

51. Código

1 2

52. Número establecimientos

1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

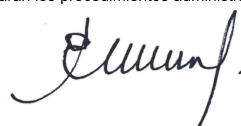
60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:



Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre IZQUIERDO ALZATE ESTRELLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31171178 realizó el día 17/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31171178 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 31.171.178, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 06/02/2020 y fecha fin de contrato 05/11/2020 con riesgo 1.

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): 20200101461374.

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **ESTRELLA IZQUIERDO ALZATE**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 31.171.178** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 520425646** abierta el **28 de mayo de 2003**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **16** días del mes de **enero** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0520425646**

Cuenta de 16 dígitos: **0520000200425646**

Cuenta de 20 dígitos: **00130520000200425646**

Firma autógrafa



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
CALI			CALI			45			45-46-101006894			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:			
06	02	2020	06	02	2020	00:00	06	03	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: IZQUIERDO ALZATE ESTRELLA			Identificación: 31171178		
Dirección: CRA. 3 NO. 65B-58			Teléfono: 4315800		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SENA REGIONAL VALLE			Identificación: 899999034-1		
Dirección: CALLE 52 # 2 BIS 15			Teléfono: 4315800		

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: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1344829 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL A LOS APRENDICES DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DURANTE LA VIGENCIA 2020 EN PROG. DE NIVEL AUX, OPERARIO, TÉCNICO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/02/2020	06/03/2021	\$ 3,411,135.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 3,411,135.00	06/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

Mmsm?

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

[Firma]
FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977



Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.