SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ARAUCA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA - EMPR

Código Regional	81
Código Centro	953010
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	94680-937500

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MONICA ANDREA GALVIS RIVERA				
Correo electrónico contratista:	mgalvisr@sena.edu.co	**C.C.**	60.267.796	**IP/N° de contacto**	3102326099
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	506100068739
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 $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1412416/2020			**N° Compromiso SIIF**	**20920**	
Valor Total del Contrato	$ 40.074.240	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.074.240	**1**	**Del**	**28/02/2020**	**Al** 29/02/2020	**$ 278.293,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.795.947		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 278.293	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 278.293**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 16.796**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		---------	17149128	Valor Base retención en la fuente	16.796,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	27.993,00	
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	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 9.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		Reteica - 8299	280,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 21.251		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 278.013,00**	

SON: DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el desarrollo del presente mes se ejecutaron actividades de alistamiento del programa Sena Emprende Rural en donde se participo de una reunión orientada por la líder de apoyo regional del programa en mención.

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.

Monica Galvis R

MONICA ANDREA GALVIS RIVERA
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 periodo 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

YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
PROFESIONAL G02

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

EDDIE YOVANNY MILLAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MONICA ANDREA GALVIS RIVERA
IDENTIFICACION:	CC-60267796
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	002
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	ARL
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-01-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-02-24
FECHA DE PAGO:	2020-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-01
PERIODO SALUD:	2020-01
NUMERO PLANILLA:	17149128
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	17149128
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200	$ 9.200
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.500	$ 259.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/03/2020

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14680652456

(415)7707212489984(8020) 000001468065245 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 0 2 6 7 7 9 6	9	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 0 2 6 7 7 9 6	2 0 0 3 0 5 0 2

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALVIS	RIVERA	MONICA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

41. Dirección principal
CR 29 25 34 LA GRANJA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrea8502@hotmail.com		8 8 9 0 3 1 9	3 1 0 2 3 2 6 0 9 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 2 0 0 1 2 7						

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:	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 2 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 GALVIS RIVERA MONICA ANDREA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 27-01-2020 10:34:41AM

ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2020 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cédula de Ciudadanía, CE. Cédula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GALVIS RIVERA MONICA ANDREA	FEMENINO	34 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	60267796 (Número)

Cargo: **INSTRUCTORA**

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:

AUDIOMETRIA	✓	COPROLOGICO	✓
AGUDEZA VISUAL	✓	FROTIS FARINGEO	✓
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	KOH DE UÑAS	✓
GLICEMIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	LDL	✓
CUADRO HEMATICO	✓	HDL	✓
PARCIAL DE ORINA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Firma: Jorge Gómez C

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575 L.B.O.: 81-1217

Código de Seguridad: S678Y1E150

Aspirante o Trabajador

Firma: Monica Galvis R.

Nombre: GALVIS RIVERA MONICA ANDREA

CC: 60267796

Impreso el 24/01/2020 a las 02:06 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Hace constar:

Que el Sr(a) MONICA ANDREA GALVIS RIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60267796 realizó el día 03/03/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MONICA ANDREA GALVIS RIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60267796 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

POSITIVA

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

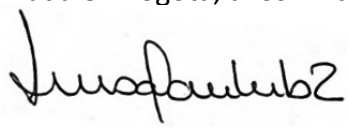
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MONICA ANDREA GALVIS RIVERA, con Cédula Ciudadanía No. 60267796 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 28/02/2020 y fecha fin de contrato 16/12/2020 con riesgo 2 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): 202001012148814.

Dada en Bogotá, a los 27 días del mes de febrero de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ARAUCA, **21/01/2020**
ARAUCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MONICA ANDREA GALVIS RIVERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **60267796**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550506100068739**
Fecha de apertura	**04/02/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2018

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en America Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2019

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7300358061

PÓLIZA No: 730 - 47 - 994000010106 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BUCARAMANGA AURORA** COD. AGENCIA: 730 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
27	02	2020	27	02	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **MONICA ANDREA GALVIS RIVERA** IDENTIFICACIÓN: CC **60.267.796**

DIRECCIÓN: CALLE 22 18 71 CIUDAD: ARAUCA, ARAUCA TELÉFONO: 8820553

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	27/02/2020	27/04/2021	4,007,424.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE PÓLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO N° CO1.PCCNTR.1412416, REFERENTE A: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER, EN EL ÁREA DE AGRICOLA - PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS - CÁRNICOS Y DERIVADOS, POR EL TERMINO DE MENSUALIDADES DE FORMACIÓN, SEGÚN LA NECESIDAD PRESENTADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,007,424.00	$ **********18,665	$*****9,000.00	$ ********5,256	$ **********32,921

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AMPARO URIBE SANCHEZ	1998	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000730035806

Monica Galvis R

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

C9DB20780C0AF47E59

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

FM-ADMI-14

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

RECIBO DE CAJA N° 994000010106

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia
Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA
Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en América Latina
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar
Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Aseguradora Solidaria de Colombia

AGENCIA	TRANSACCIÓN No.	FECHA DE RECIBO	TIPO PAGADOR
BUCARAMANGA - AURORA	994000010106	27/02/2020	ASEGURADO

NOMBRE PAGADOR:	C.C. O NIT
MONICA ANDREA GALVIS RIVERA	60.267.796

DETALLE DEL PAGO:
CANCELACION PÓLIZA N° 994000010106

VALOR EN LETRAS (en Pesos)	VALOR
TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VENTIUN PESOS	$ 32.921,00

TIPO DE PAGO: EFECTIVO

FIRMA RECIBIDO PAGO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA