



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN CARLOS MONSALVE MARIN, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.255.876, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/02/2020 y fecha fin de contrato 30/12/2020 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): 20200101472886.

Esta certificación se expide a los 14 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 **JUAN CARLOS MONSALVE MARIN**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 94.255.876** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 353178635** apertura el **12 de febrero del 2014**, 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 **14** días del mes de **febrero** del año **2020**.

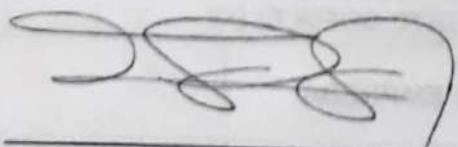
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0353178635**

Cuenta de 16 dígitos: **0353000200178635**

Cuenta de 20 dígitos: **00130353000200178635**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

Que a la fecha de expedición de este certificado, **JUAN CARLOS MONSALVE MARIN** identificado(a) con documento de identidad

CC : 94255876 se encuentra **VIGENTE** en la **EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S.** en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S.

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/04	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/04	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/05	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/05	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/06	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/06	18
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/07	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/08	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/09	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/09	28
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/10	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/10	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/11	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/11	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2019/12	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	NI	891900853	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA	2019/12	2
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2020/01	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2020/02	30
CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	CC	94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	2020/03	30

En caso de observar alguna inconsistencia en la información aportada, por favor ingrese al portal Web de la EPS SOS en la sección contáctenos, o a través del correo electrónico de serviciocliente@sos.com.co.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CATORCE (14) días del mes de ABRIL del año 2020.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."



Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Monica Gonzalez Ceballos

Jefe Nacional de Servicio al Cliente
portal_webusr



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- NIT. 900448249-5
Carrera 16 No 5-53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



N° 11.443

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20	02	2020	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MONSALVE MARIN JUAN CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	50 AÑOS 0 MESES 29 DÍAS	CC	94255876
Cargos				Tipo			
INSTRUCTOR				Número			
				Celular			
				3113332124			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO							
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:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		SVE OSTEOMUSCULAR : AUTOCUIDADO POR ALTERACION EN MIEMBROS INFERIORES POR SECUELAS DE GUILLAN BARRE , NO LIMITACION PARA LABOAR .			CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
POR SOBREPESO : DIETA ADECUADA, HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS ,CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU EPS CADA AÑO USAR LENTES MEDICADOS,, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.							
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: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA				Nombre: MONSALVE MARIN JUAN CARLOS			
R. M.: 137420-04				CC: 94255876			
L.S.O.: 0420							

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO		Código Regional	76
			Código Centro	912410
			Fecha Elaboración	24 de marzo de 2020
			Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
			ID de Proceso	15081-938734
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN jcmonsalvem@sena.edu.co		C.C.	94.255.876
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	3113332124
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
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:	1409445/2020	N° Compromiso SIIF	22720	
Valor Total del Contrato	\$ 36.013.333	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 36.013.333	1	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 35.643.333	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 370.000	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	\$ 370.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 740.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 223.800			
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	223.800,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	119.700,00
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 - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	1.850,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Universidad del Pacífico	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 140.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 109.800	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.600	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 368.150,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 59.850	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Anexo,comprobante de pago, Seguridad Social enero 2020 Ver informe mensual anexo en el aplicativo sena sofia plus				
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.			JUAN CARLOS MONSALVE MARIN EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.			MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA INSTRUCTOR G15	
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				
CESAR AUGUSTO VICTORIA CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02				



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-01-27, 04:10:41 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1026351001

Periodo Cotización: enero de 2020

Periodo Servicio: enero de 2020

Referencia pago (PIN): 8815752930

PAGADO 24/01/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN MONSALVE MARIN			Dirección	CALLE 18 18 65
Documento	CC94255876			Teléfono	3113332124
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	TRUJILLO			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 94255876	JUAN CARLOS MONSALVE MARIN	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 877,803	\$ 140,500	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 877,803	\$ 109,800	0.522	\$ 877,803	\$ 4,600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 254,900		

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 877,803	\$ 877,803	\$ 877,803	\$ 0	\$ 140,500	\$ 109,800	\$ 4,600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 254,900	\$ 0	\$ 254,900



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

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

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
CALI			CALI			45			45-46-101007352			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	
27	02	2020	28	02	2020	00:00	20	04	2021	00:00	Tipo Movimiento:			
													EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:			Dirección:			Ciudad:			Identificación:		
MONSALVE MARIN JUAN CARLOS			CL 18 NRO. 18 - 65			TRUJILLO - VALLE			94255876-1		
									Teléfono: 3113332124		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:			Dirección:			Ciudad:			Identificación:		
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			CARRETERA CENTRAL VARIANTE BUGA TULUA			BUGA - VALLE			899999034-1		
									Teléfono: 2376300		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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. C01.PCCNTR.1409445 DE 2020 - PSP-VLL-CAB-0037-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES DE INSTRUCTORES POR PERIODOS FIJOS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORIA A LAS EMPRESAS Y JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PROGRAMADAS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA LOS PROGRAMAS DE OFERTA REGULAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA. ÁREA, COMERCIO Y SERVICIOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:			
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
	28/02/2020	20/04/2021	\$ 3,601,333.30
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 22,217.76	\$ 7,000.00	\$ 5,551.37	\$ 34,769.13	\$ 3,601,333.30	27/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MUÑOZ DE ALVAREZ NUBIA	973710	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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

Mmsm7



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

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.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUNISCA
Módulo Único de Ingresos, Servicios y Control Administrativo

001

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14576977670



(415)7707212485954(8020) 000001457697767 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

9 4 2 5 5 8 7 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Trujillo

14. Buzón electrónico

2 1

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

9 4 2 5 5 8 7 6

27. Fecha expedición:

1 9 8 8 0 6 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio:

Trujillo

8 2 8

31. Primer apellido

MONSALVE

32. Segundo apellido

MARIN

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CARLOS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

ALMACEN NACIONAL J C M

37. Signo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio:

Trujillo

8 2 8

41. Dirección principal

CR 20 20 75 BRR CENTRO

42. Correo electrónico:

juancamo19@yahoo.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

2 2 6 7 7 7 6

45. Teléfono 2:

3 1 1 3 3 3 2 1 2 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

4 7 5 5

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 8 3 0

Actividad secundaria

48. Código:

8 5 4 4

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 2

50. Código:

8 5 2 3

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

1 3 1 4

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

56. 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:

54

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 6 0 3

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 1.5.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Juan Carlos Monsalve Marin

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo: