ALCANCE

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1 DE 11

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 13/02/2020 AL 29/02/2020

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	933-2020						
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales a la Subdirección de Valoración y Registro de la Unidad, para apoyar en la atención a la población víctima en temas relacionados con el Registro Único de Víctimas – RUV-, así como gestionar las peticiones y solicitudes de competencia de la Subdirección que sean recibidas en la Dirección Territorial Atlántico.						
Ciudad de ejecución:	Barranquilla						
Clase de Contrato o convenio:	Prestación de Servicio y de apoyo a la gestión						
No. de Registro Presupuestal:	156520						
Fecha Inicio:	13/02/2020						
Fecha Terminación:	31/12/2020						
El contrato cuenta con prorroga:	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
El contrato ha tenido suspensiones:	Si		No	X	**Periodo de Suspensión**	Del dd/m/año al dd/m/año	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	5.26%						
Nombre del contratista:	CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA						
CC / Nit:	3730363						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	ALFREDO PALENCIA MOLINA						
Cargo del Supervisor:	Director territorial Atlántico						

I. **OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No II se presenta el informe correspondiente.**

1) Obligación especifica 1. Recibir, radicar y remitir oportunamente al Nivel Nacional las solicitudes de registro, los recursos de reposición y/o apelación, novedades y demás documentos relacionados con el Registro Único de Víctimas RUV. Dejando el registro correspondiente.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ No fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe
Evidencia: N/A

2) Obligación especifica 2. Entregar los Formatos Únicos de Declaraciones (FUD), en las diferentes sedes del Ministerio Publico ubicados en la Dirección Territorial Atlántico, de acuerdo con lo que le sea requerido.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ No fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe
Evidencia: N/A

3) Obligación especifica 3. Apoyar en la validación del correcto diligenciamiento del Formato Único de declaración por parte del ministerio público, así como de la corrección de las inconsistencias en las declaraciones que no cumplan con los criterios esenciales para el proceso de valoración.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ Recepción, verificación y envió a Nivel Nacional de las declaraciones emitidas por ministerio público.
Evidencia: Relación de declaraciones enviadas

4) Obligación especifica 4. Atender los requerimientos de novedades y actualizaciones que sobre el Registro Único de Victimas (RUV) presenten los declarantes en la Dirección Territorial Atlántico.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ No fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe
Evidencia: N/A

5) Obligación especifica 5. Gestionar los procesos correspondientes a declaraciones restringidas, tramitando en el territorio los documentos que sirvan como insumo a la Dirección de Registro y Gestión de la Información para la investigación administrativa de las dependencias o entidades que lo requieran.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ No fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe
Evidencia: N/A

6) Obligación especifica 6. Apoyar a la Subdireccion de Valoración y Registro en las gestiones de implementación de la interoperabilidad con la Red Nacional de Información

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
describir completamente la obligación o actividad desarrollada: ➢ Actualización herramienta Vivanto funcionarios de la Unidad y oficinas del Ministerio Público. ➢ Respuestas de cruces solicitados. ➢ Respuesta de base de colaboradores designados.
Evidencia: Correos electrónicos.

7) Obligación especifica 7. Apoyar acciones tendientes al fortalecimiento de los sistemas de información al interior de la Dirección Territorial, para facilitar su intercambio con las entidades publicas y privadas responsables del proceso de atención y reparación a las victimas en el marco de la Ley 1448 de 2011, cuando le sea requerido.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ Capacitación Enlaces Municipales y Secretarios de Gobierno portafolio RNI.
Evidencia: Acta, asistencia y presentación.

8) Obligación especifica 8. Apoyar la socialización a los actores involucrados en la atención y reparación integral a las víctimas, en lo concerniente a estructura, normatividad, finalidad, objetivos y beneficios de la Red Nacional de Información en el marco de la Ley 1448 de 2011, cuando le sea requerido.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ No fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe
Evidencia: N/A

9) Obligación especifica 9. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean acordadas con el supervisor

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Describir completamente la Obligación o Actividad desarrollada: ➢ Asistencia capacitación DRGI. ➢ Solicitud de guías envió de FUD.
Evidencia: Correo electrónico, invitación.

Nota: El contratista debe anexar el numero total de actividades que se encuentren definidas en su contrato.

Nota: El presente documento se asimila a soporte equivalente o cuenta de cobro.

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O ASOCIADO** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato.

CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA

Nota: Para los casos en que haya designación se debe adjuntar al primer informe el documento de designación expresa por parte del representante legal, y en caso de requerirse cambio del designado se deberá presentar la nueva designación como parte del informe al periodo que corresponda.

II. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisor del contrato No. **933-2020** certifico que el/la contratista **CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA** realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas. Es importante mencionar que las actividades 1, 2, 4, 5, 8 no fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe. (Cuando se trate del informe final para el último pago, se debe verificar y certificar que la totalidad de obligaciones o actividades contenidas en el contrato hayan sido desarrolladas)
Conforme a lo verificado, la contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de **DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L, ($2.133.194).**

NOTA: Para el trámite de pagos se deben adjuntar los documentos definidos en el "*Instructivo de Pagos*" Código 750.15.05-1 del proceso de Gestión Financiera.

ALFREDO ENRIQUE PALENCIA MOLINA
Director Territorial Atlántico

UARIV
Rad No: **2020-711-203114-2**
Fecha Rad:**09/03/2020 19:04:53** Us **BRIAN.RAMIREZ**
Proceso: **GT Financiera**

El futuro es de todos / Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PROCEDIMIENTO DE PAGOS GESTION FINANCIERA	Código	750,15,15-19
		Versión	2
		Fecha	27/01/2020
		Pagina	1

DATOS DEL CONTRATISTA Y PERIODO OBJETO DE PAGO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA			C.C.	3.730.363	CIUDAD EJECUCION	BARRANQUILLA
N° DEL CONTRATO	933-2020			N° REGISTRO PRESUPUESTAL	156520		
N ° Pago	1	Periodo Objeto de Pago	13/02/2020	al	29/02/2020		
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 2.133.194			Valor dia	$ 125.482	Total días	17
Correo electrónico contratista:	cristian.arteta@unidadvictimas.gov.co			Telefono	7965150	Extensión	2969
Régimen Simplificado o preferencial	SI			Es declarante de Renta?	NO	Es persionado?	NO
Règimen Comùn	NO			SI es Régimen Comùn Factura Nro.			
Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI						
Banco al cual consignar:	BANCO DE OCCIDENTE			Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	830952867
Sus Ingresos en el 2019 superaron $47.978.000	NO						
Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2019 supero $124.025,000	NO						

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MES A PAGAR	FEBRERO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 2.133.194
Valor en Letras	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

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

N° Planilla PILA o , N° Radicación pago Seguridad Social Mes Anterior	4319952118 - 4326597889
Ingreso Base de Cotización mes anterior - (Valor Honorarios)	$ 1.461.922
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior	$ 182.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	$ 234.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior	$ -
ARL Riesgos Mes Anterior	$ -
Aportes - Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización) Mes actual	NO
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Volunterias Mes Actual	NO
Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior	NO
Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual	NO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO. FOLIOS _____ CD ____X___

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 en cuentas AFC y FVP, de ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago 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 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.

CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA
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 medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor

ALFREDO ENRIQUE PALENCIA MOLINA
DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO

TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL

CUENTA POR PAGAR	OBLIGACIÓN

RADICADO GESTIÓN FINANCIERA

UARIV
Rad No: 2020-711-203114-2
Fecha Rad:09/03/2020 19:04:53 Us BRIAN.RAMIREZ
Proceso: GT Financiera

	FORMATO CUENTA DE COBRO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PROCEDIMIENTO DE PAGOS GESTION FINANCIERA	Código	750,15,15-19
		Versión	2
		Fecha	27/01/2020
		Pagina	2

CUENTA DE COBRO

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS

NIT. 900.490.473 - 6

DEBE A:

NOMBRE:	**CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA**		
ID CEDULA :	**3.730.363**	DE	**JUAN DE ACOSTA- ATLANTICO**

LA SUMA DE:

(VALOR EN LETRAS)	**DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L**
(VALOR NUMEROS)	**$ 2.133.194**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	**933-2020**	REGISTRO PRESUPUESTAL	**156520**
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar sus servicios profesionales a la Subdirección de Valoración y Registro de la Unidad, para apoyar en la atención a la población víctima en temas relacionados con el Registro Único de Victimas –RUV-, así como gestionar las peticiones y solicitudes de competencia de la Subdirección que sean recibidas en la Dirección Territorial Atlantico.		
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**13/02/2020**	y	**29/02/2020**
FECHA RADICACIÓN CUENTA:	**29/02/2020**		
CIUDAD EJECUCION CONTRATO	**BARRANQUILLA**		
TELÉFONO	**3046819128**		
CORREO ELECTRONICO	cristian.arteta@unidadvictimas.gov.co		
FIRMA			

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Decreto 2345 de 2019 – Ley de Financiamiento)

Fecha: 29/02/2020

Yo, **CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA**, identificado con cédula de ciudadanía número, **3730363** de JUAN DE ACOSTA(ATLANTICO como persona natural, dando cumplimiento al Decreto 2345 de 2019, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público [ ] Contratista [X]

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Victimas	100 %
Contrato con Otras Entidades	%
Total	100 %

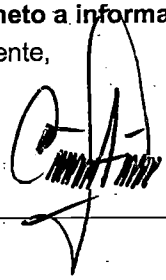
a. Durante el año 2019 mis ingresos superaron 1.400 UVT? ($47.978.000)	SI	[ ]	NO	[X]
b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2019?	SI	[ ]	NO	[X]
c. Aportes Obligatorios de ARL?	SI	[ ]	NO	[X]
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
f. Pagos por intereses de vivienda? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
g. Dependientes? (*)	SI	[ ]	NO	[X]

Si cuenta con dependientes marque su parentesco.	PADRES	[ ]	HIJO MENOR DE EDAD	[ ]	HIJO MENOR 25 AÑOS ESTUDIANTE [ ]

(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,



Firma

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3730363
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA ARTETA ALBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	JUAN DE ACOSTA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLLE 6 N 4 44	TELÉFONO:	8754216
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4319952118**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/01/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		11609483

LIQUIDACIÓN GENERAL

NIT	CÓDIGO	NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 132.500
SUBTOTAL:			1	**$ 132.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 103.600
SUBTOTAL:			1	$ 103.600

TOTAL PAGADO:	**$ 236.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3730363
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA ARTETA ALBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	JUAN DE ACOSTA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLLE 6 N 4 44	TELÉFONO:	8754216
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4326597889**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		46			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		30219747
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4319952118	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/01/16

LIQUIDACIÓN GENERAL

NIT	CÓDIGO	NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 104.900
SUBTOTAL:			1	**$ 104.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 81.900
SUBTOTAL:			1	**$ 81.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 186.800**

Planilla Pagada

Grandes Contribuyentes, Resolución DIAN 012635 del 14 Diciembre de 2016. Autoretenedores Resol. DIAN 0969e de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA.

Fecha Prog. Entrega:09 / 03 / 2020

GUIA No. : 9113746479

d: CDS/SER: 1 - 5 - 1

REMITENTE

MURILLO OF PPAL - CLL 45 # 33 - 116

CRISTIAN JULIAN ARTETA ALBA

Tel/cel: 3046819128 Cod. Postal: 080003

Ciudad: BARRANQUILLA Dpto: ATLANTICO

País: COLOMBIA D.I./NIT: 3046819128 E-mail: NO@GMAIL.COM

FIRMA DEL REMITENTE (NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

DESTINATARIO

BOG
10
D74

DOCUMENTO UNITARIO PZ: 1

Ciudad: **BOGOTA**

CUNDINAMARCA F.P.: **CONTADO**

NORMAL M.T.: **TERRESTRE**

CARRERA 85 D # 46 A - 65 VENTANILLA UNICA DE RADICACION - GRUPO GESTION FINANCIERA - UNIDAD PARA LAS VICTIMAS

SAN CAYETANO COMPLEJO LOGISTICO

Tel/cel: 4261111 D.I./NIT: 854665

País: COLOMBIA Cod. Postal: 111071

e-mail: NO@HO.CO

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA	No. NOTIFICACIÓN
1	2	3		
___	___	___	Desconocido	1 / / /
___	___	___	Rehusado	2 / / /
___	___	___	No reside	3 / / /
___	___	___	Desconocido	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE
___	___	___	No Reclamado	/ / /
___	___	___	Dirección Errada	
___	___	___	Otro (Indicar cual)	

ECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

GUÍA No. 9113746479

FECHA Y HORA DE ENTREGA

/ / /

Dice Contener: DOCTS
Obs. para entrega: OK
Vr. Declarado: $ 20,000
Vr. Flete: $ 0
Vr. Sobreflete: $ 400
Vr. M. expresa: $ 10,000
Vr. Total: $ 10,400
Vr. a Cobrar: $ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00
No. Remisión:SE0000009031459
No. Bolsa seguridad:
No. Sobreporte:
No. Guía Retorno Sobreporte:

servaciones en la entrega:

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A.www.servientrega.com y en las carteleras ubicadas en los Centros de Servicios, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Aceptar la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica (1) 7700200.

DG-S 01-40(A-65 V.1

Quién Entrega:

Ministerio de Transporte: Licencias No. 805 de Marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.