

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	82176-625006
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ Correo electrónico contratista: npavajeau@sena.edu.co		C.C. 51.982.310	IP/N° de contacto 3167874674	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ 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: BANCOLOMBIA ☐ Tipo de cta AHORROS ☐ N° Cuenta 17416588511				
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 ☒		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ N/A ☒				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A ☒				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A ☒				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1341418/2020		N° Compromiso SIIF 17920		
Valor Total del Contrato \$ 39.543.898	N ° Pago 9	Periodo objeto de pago Del 01/10/2020 Al 31/10/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.601.713				
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.811.563		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150		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 \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.014.770		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Octubre	Septiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9410751456		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente	2.014.770,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	32.438,00 0,966%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
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	\$ 379.015		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ 367.290		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 652.911		VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar formación profesional integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo				
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.			NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ 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,	
			NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE 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				
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 16 34 48	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-09	2020-09	773810472		9410751456	I	2020/10/05	2020/10/19	BANCOLOMBIA	\$440,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	51982310	PAVAJEAU NOHORA	231001	30	\$1,516,060	\$242,600	EPS008	30	\$1,516,060	\$189,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,516,060	\$8,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,060	\$8,000		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
TOTAL				1	\$440,200	\$0	\$0	\$440,200	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de mayo de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1032938532	Diego Andrés González Pavajeau	HIJO
------	------------	--------------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,

FIRMA

Nombre:

C.C.

NUIP 1.032.938.532

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39234058

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 48	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A Y F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
* * * * * GONZALEZ * *		* * * * * PAVAJEAU * * * * *	
Nombre(s)			
* * * * * DIEGO ANDRES * * * * *			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año 2005	Mes JUL	Día 04	MASCULINO * * * * *
			A (+) *****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DE LA MUJER * * * * *	A5419581 * * *

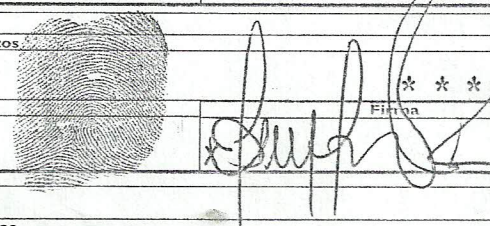
Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 51.982.310 DE BOGOTA * * * * *	COLOMBIANA * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA * * * * *	COLOMBIANA * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 suscribe
Año 2005 Mes JUL Día 06	MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ.

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

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

17 JUL 2018

MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ
Notario cuarenta y ocho (48)

ESTE REGISTRO CIVIL NO
TIENE TERMINO DE VIGENCIA
ART. 21 DE LA LEY 962 DE 200

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Estado de Cuenta



PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos



DESCARGA TU FACTURA

Factura



AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO**No. Contrato**

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2019

Vigencia hasta

24/07/2020

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	\$ 5,556,000.00
Valor Cuota AMD:	\$ 0.00
Descuento Comercial:	\$ 910,800.00
Otros Descuentos (3)	\$ 0.00
Mas IVA 5%	\$ 232,260.00
Descuento Pronto Pago	\$ 278,712.00
Valor Cuota	\$ 4,598,748.00
Saldo a Favor	\$ 0.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2020
TOTAL A PAGAR (2)	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios



MedPlus Medicina Prepagada S.A. Nit 900178724-3
Dirección Nacional Cra 14 No. 93B - 15

No.

FAF-2563589

Numeración Autorizada por la DIAN prefijo FAF del 2053001 hasta 2900000 según resolución 320001430269 del 28 de Julio de 2016

Señor (a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ
CC 51982310
CR 16 # 34-48 AP 403 EFID EL PARQUE BR TEUSAQUILLO
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.



(415)7707231190007(8020)40110181

CITE ESTA REFERENCIA EN CASO DE
REALIZAR PAGOS ELECTRÓNICOS:

4110181

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato	110181
Forma de pago	Anual
Plan	S - CEREZA EXCELSO PLUS
Vigencia	25-Jul-2018 - 24-Jul-2019
Fecha Expedición Factura	05-Jul-2018
Periodo Facturado	25-Jul-2018 - 24-Jul-2019

ÚLTIMO PAGO REALIZADO	DD-MM-AA	VALOR	\$0.00	SALDO ANTERIOR	VALOR	\$0.00	SALDO ACTUAL CORTE (1)	VALOR	\$0.00
-----------------------	----------	-------	--------	----------------	-------	--------	------------------------	-------	--------

DESCRIPCIÓN	VALOR
VALOR DE SU CUOTA Y/O NOVEDADES	\$5,266,800.00
DESCUENTO COMERCIAL	\$-864,000.00
MENOS OTROS DESCUENTOS (2)	\$0.00

SUB TOTAL	\$4,258,800.00
IVA %	\$212,940.00
DESCUENTO PRONTO PAGO	\$-255,528.00
VALOR FACTURA	\$4,216,212.00

SI DESEA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SU TOTAL A PAGAR POR FAVOR COMUNIQUESE A NUESTRA LINEA MEDPLUS EN BOGOTÁ 7420101 Y EL RESTO DEL PAÍS 018000 184 000

TOTAL MEDPLUS MP	\$4,216,212.00
SEGUROS (VALOR MP)	\$0.00
SEGUROS (VALOR EPS)	\$0.00
TOTAL A PAGAR	\$4,216,212.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

USUARIO

FECHA LIMITE DE PAGO

25-Jul-18

- (1) Saldo para el periodo facturado no vencido.
(2) Los descuentos aplicados varían según condiciones vigentes.

Cuando MedPlus MP no reciba el valor de la cuota correspondiente al periodo facturado dentro del plazo establecido suspenderá en forma inmediata la prestación de los servicios.

Espacio para el timbre / Sello financiero

Cuando persistan moras superiores a 60 días, su contrato será cancelado por Mora (Circular externa 058 Superintendencia Nacional de Salud). Si los valores registrados tienen signo negativo (-), corresponden a movimientos a favor de su contrato, de lo contrario son valores con cargo a su contrato. De acuerdo con la ley 1607 del 26 de Diciembre de 2012, artículo 49, las cuotas de los planes de medicina prepagada están gravados con el IVA. Gran Contribuyente - Resolución 000076 de Diciembre 1 de 2016.
Gran Contribuyente ICA Bogotá - Resolución DDI-042065 de 13 de octubre de 2017. Somos Autorretenedores - Resolución 007051 del 18 de Septiembre de 2017.- Código CIU 6511.
Cualquier inconformidad por favor comunicarla a la revisoría fiscal Crowe Horwath CO S.A en Bogotá línea telefónica 606 7500 Ext 1401, correo medplus@crowehorwath.com.co o al Área de Control interno correo: auditoriainterna@medplus.com.co



FECHA DE PAGO Dia Mes Año

Aporte Voluntario

\$25.000 \$45.000 \$60.000 \$100.000 otro valor _____



FECHA DE PAGO Dia Mes Año

Aporte Voluntario
DESPRENDIBLE DE PAGO

\$25.000 \$45.000 \$60.000 \$100.000 otro valor _____



MedPlus Medicina Prepagada S.A. Nit 900178724-3
Dirección Nacional Cra 14 No. 93B - 15

DESPRENDIBLE DE PAGO

FECHA DE PAGO Dia Mes Año

NOMBRE NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

REFERENCIA PARA PAGO ELECTRÓNICO

4110181



(415)7707231190007(8020)40110181

RELACIÓN DE CHEQUES			DETALLE DE PAGO
COD.	No. CHEQUE	VALOR	EFFECTIVO \$
			CHEQUE \$
			TOTAL \$

USTED PUEDE REALIZAR SUS PAGOS EN:

BANCO DE BOGOTA CONVENIO BANCOLOMBIA: 5838 DAVIENDA

SI REALIZA SU PAGO EN CHEQUE, FAVOR GIRAR A NOMBRE DE MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A., ESCRIBIR AL RESPALDO: NOMBRE, REFERENCIA Y NO. TELEFÓNICO. Esta factura fue impresa por SERVIENTREGA S.A. NIT 860.512.330-3



MedPlus Medicina Prepagada S.A. Nit 900178724-3
Dirección Nacional Cra 14 No. 93B - 15

No.

FAF-2563589

Numeración Autorizada por la DIAN prefijo FAF del 2053001 hasta 2900000 según resolución 320001430269 del 28 de Julio de 2016

Señor (a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ
CC 51982310
CR 16 # 34-48 AP 403 EFID EL PARQUE BR TEUSAQUILLO
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.



(415)7707231190007(8020)40110181

CITE ESTA REFERENCIA EN CASO DE
REALIZAR PAGOS ELECTRÓNICOS:

4110181

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato	110181
Forma de pago	Anual
Plan	S - CEREZA EXCELSO PLUS
Vigencia	25-Jul-2018 - 24-Jul-2019
Fecha Expedición Factura	05-Jul-2018
Periodo Facturado	25-Jul-2018 - 24-Jul-2019

ÚLTIMO PAGO REALIZADO	DD-MM-AA	VALOR	\$0.00	SALDO ANTERIOR	VALOR	\$0.00	SALDO ACTUAL CORTE (1)	VALOR	\$0.00
-----------------------	----------	-------	--------	----------------	-------	--------	------------------------	-------	--------

DESCRIPCIÓN	VALOR
VALOR DE SU CUOTA Y/O NOVEDADES	\$5,266,800.00
DESCUENTO COMERCIAL	\$-864,000.00
MENOS OTROS DESCUENTOS (2)	\$0.00

SUB TOTAL	\$4,258,800.00
IVA %	\$212,940.00
DESCUENTO PRONTO PAGO	\$-255,528.00
VALOR FACTURA	\$4,216,212.00

SI DESEA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SU TOTAL A PAGAR POR FAVOR COMUNIQUESE A NUESTRA LINEA MEDPLUS EN BOGOTÁ 7420101 Y EL RESTO DEL PAÍS 018000 184 000

TOTAL MEDPLUS MP	\$4,216,212.00
SEGUROS (VALOR MP)	\$0.00
SEGUROS (VALOR EPS)	\$0.00
TOTAL A PAGAR	\$4,216,212.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

USUARIO

FECHA LIMITE DE PAGO

25-Jul-18

- (1) Saldo para el periodo facturado no vencido.
(2) Los descuentos aplicados varían según condiciones vigentes.

Cuando MedPlus MP no reciba el valor de la cuota correspondiente al periodo facturado dentro del plazo establecido suspenderá en forma inmediata la prestación de los servicios.

Espacio para el timbre / Sello financiero

Cuando persistan moras superiores a 60 días, su contrato será cancelado por Mora (Circular externa 058 Superintendencia Nacional de Salud). Si los valores registrados tienen signo negativo (-), corresponden a movimientos a favor de su contrato, de lo contrario son valores con cargo a su contrato. De acuerdo con la ley 1607 del 26 de Diciembre de 2012, artículo 49, las cuotas de los planes de medicina prepagada están gravados con el IVA. Gran Contribuyente - Resolución 000076 de Diciembre 1 de 2016.
Gran Contribuyente ICA Bogotá - Resolución DDI-042065 de 13 de octubre de 2017. Somos Autorretenedores - Resolución 007051 del 18 de Septiembre de 2017.- Código CIU 6511.
Cualquier inconformidad por favor comunicarla a la revisoría fiscal Crowe Horwath CO S.A en Bogotá línea telefónica 606 7500 Ext 1401, correo medplus@crowehorwath.com.co o al Área de Control interno correo: auditoriainterna@medplus.com.co



FECHA DE PAGO Dia Mes Año

Aporte Voluntario

\$25.000 \$45.000 \$60.000 \$100.000 otro valor _____



FECHA DE PAGO Dia Mes Año

Aporte Voluntario
DESPRENDIBLE DE PAGO

\$25.000 \$45.000 \$60.000 \$100.000 otro valor _____



MedPlus Medicina Prepagada S.A. Nit 900178724-3
Dirección Nacional Cra 14 No. 93B - 15

DESPRENDIBLE DE PAGO

FECHA DE PAGO Dia Mes Año

NOMBRE NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

REFERENCIA PARA PAGO ELECTRÓNICO

4110181



(415)7707231190007(8020)40110181

RELACIÓN DE CHEQUES			DETALLE DE PAGO
COD.	No. CHEQUE	VALOR	EFFECTIVO \$
			CHEQUE \$
			TOTAL \$

USTED PUEDE REALIZAR SUS PAGOS EN:

BANCO DE BOGOTA CONVENIO BANCOLOMBIA: 5838 DAVIENDA

SI REALIZA SU PAGO EN CHEQUE, FAVOR GIRAR A NOMBRE DE MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A., ESCRIBIR AL RESPALDO: NOMBRE, REFERENCIA Y NO. TELEFÓNICO. Esta factura fue impresa por SERVIENTREGA S.A. NIT 860.512.330-3