

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p> <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p>REGIONAL VALLE</p> <p>CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACION INDUSTRIAL -CEAI- VALLE- SERVICIOS PRESTADOS</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	76
	Código Centro	922710
	Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	42842-367213
	No. de documento	6189

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO	C.C.	76.323.138
Correo electrónico contratista:	jferix@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3104399222
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	86866818331	
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 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2162219/2021	N° Compromiso SIIF	6021
Valor Total del Contrato	\$ 40.170.000	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 40.170.000	Periodo objeto de pago	Del 01/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 36.270.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales para impartir formación profesional integral como instructor de acuerdo a la red de conocimiento y área temática para los programas de modalidad presencial, virtual y distancia ofertados por el centro de electricidad y automatización industrial CEAI de acuerdo con directrices y lineamientos institucionales para la vigencia 2021.		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	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	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.591.550	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 2.591.550,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Pro-UCEVA 19.500,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Universidad del Pacifico 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 3.880.500,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 863.850		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>impartir formación de manera oportuna y eficaz en los horarios y fichas asignados al grupo DIM 13 Y 15 en alternancia</p> <p>asistir a las reuniones de área programadas por el equipo ejecutor</p> <p>Presentar al Supervisor del contrato y al Coordinador Académico al respectivo informe mensual de actividades académicas</p> <p>impartir formación de manera oportuna y eficaz en los horarios y fichas asignados al grupo virtual TMP 7</p> <p>Desarrollar estrategias para poder impartir de manera virtual formación a las fichas presenciales debido a la emergencia sanitaria</p> <p>desarrollo de plan para la alternancia con los grupos presenciales</p> <p>apoyo a semilleros de investigación</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ROBERT FRANCIS SATIZABAL SALAZAR PROFESIONAL G03</p>

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

ANGELA PATRICIA IBARRA QUIROGA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 76323138
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO: CAUCA
DIRECCIÓN:	CLL 7B N1 7 -61 LA ESMERALDA	TÉLEFONO: 8365464
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:	4377142401	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993932091

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400
SUBTOTAL:			1	\$ 145.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 113.600
SUBTOTAL:			1	\$ 113.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.800
SUBTOTAL:			1	\$ 4.800

TOTAL PAGADO:	\$ 263.800
----------------------	-------------------



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.323.138**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 76323138
NOMBRES Y APELLIDOS	Ferix Delgado,Jose Francisco
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ferix Delgado,Jose Francisco, a los 19 días del mes de enero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14731266481



(415)7707212489984(8020) 000001473126648 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

7 6 3 2 3 1 3 8

0

Impuestos de Cali

5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

7 6 3 2 3 1 3 8

27. Fecha expedición

1 9 9 4, 0 6, 2 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cauca

1 9

30. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

31. Primer apellido

FERIX

32. Segundo apellido

DELGADO

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

FRANCISCO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 1 D 1 A 56 171

42. Correo electrónico

ferixxdesign@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 4 3 9 9 2 2 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 5 1

2 0 1 1, 0 6, 0 1

9 0 0 5

2 0 0 5, 0 1, 0 4

6 2 0 1

7 4 1 0

3 4 7 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha

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

985. Cargo

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Certificado de aptitud laboral de: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

Fecha de atencin: 31/01/2019
Nombre del trabajador: FERIX DELGADO JOSE FRANCISCO
Cedula: 76323138
Empresa: INDEPENDIENTE SENA
Cargo: INSTRUCTOR
rea / Seccin: OPERATIVO

Edad: 43



CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CON ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN PARA SU TRABAJO

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL,PAUSAS ACTIVAS,REALIZAR CAMBIOS EN HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FISICA DIARIA, DISMINUIR CONSUMO DE GRASAS SATUADAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS EN EMPRESA

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

CONDUCTAS

MEDICA REALIZAR MAS ACTIVIDAD FISICA SE RECOMIENDA INICIAR TRATAMIENTO CON ESTATINAS
MEDICA VALORACION POR MEDICO OCUPACIONAL ANUAL

EXAMENES PRACTICADOS

,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO,AUDIOMETRIA,OPTOMETRIA,GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO,HEMOGRAMA,PARCIAL DE ORINA,PRUEBA DE EVALUACION PSICOTECNICA

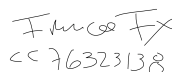
APTITUDES POR EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	APTITUD	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRIA	AUDITIVAMENTE SIN RESTRICCIONES	USO DE PROTECTOR AUDITIVO EN EXPOSICION A RUIDO
OPTOMETRIA	SIN RESTRICCIONES NI LENTES DE CORRECCION	NINGUNA

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

AUDITIVO (si) *** VISUAL (si) *** RESPIRATORIO (si) *** OSTEOMUSCULAR (si) *** DERMATOLOGICO (si) *** CARDIOVASCULAR (si) *** Otro: FISICO-PSICOSOCIAL


Johanna Forero Martinez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
R.M.: 52192110-LSO 090-15


cc 76323138

Firma y registro medico ocupacional

Firma y cedula del trabajador



Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76323138 realizó el día 12/02/2021 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 JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76323138 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 -



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 JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO, con Cédula Ciudadanía No. 76323138 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2021 y fecha hasta 09/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202101012248699.

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de febrero de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 18 de Enero de 2021

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO identificado(a) con CC 76323138, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86866818331	2011/02/15	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



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

Ciudad de Expedición:						Sucursal:				Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
CALI						CALI				45		45-46-101009702		0	
Fecha Expedición:				Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento: <			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: FERIC DELGADO JOSE FRANCISCO								Identificación: 76323138		
Dirección: CR 6 A NRO. 14 N - 20					Ciudad: POPAYAN - CAUCA				Teléfono: 3104399222	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SENA REGIONAL VALLE								Identificación: 899999034-1		
Dirección: CL 52 BIS 15					Ciudad: CALI - VALLE				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.2162219 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA PARA LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL, VIRTUAL Y DISTANCIA OFERTADOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL CEAI DE ACUERDO CON DIRECTRICES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA VIGENCIA 2021.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		01/02/2021	09/04/2022	\$ 4,017,000.00
OBSERVACIONES:				

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 4,017,000.00	27/01/2021

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 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

Manuel Sarmiento

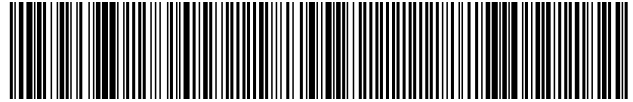
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com

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.



NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA



7709998021167002704748

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000027047486

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
28/01/2021 09:33a.m.				
RECIBIMOS DE:	JOSE FRANCISCO FERIX DELGADO		CC. 76.323.138	
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos . *****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027047486			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CALI-46-101009702-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Tarjeta Credito - \$ 33,320.00			EFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS: \$0.00	
TRANSACCION: 0002704748			TOTAL: \$33,320.00 CAJERO: PAGUESTADO	