SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CÓRDOBA
DESPACHO DIRECCION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**23**
Código Centro	**101023**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**48889-485643**
No. de documento	**14584**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON FREDY PALACIOS BERNAL	**C.C.**	11.004.847	**IP/Nº de contacto**	3136540394
Correo electrónico contratista:	jhonfredy2515@hotmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		9282013862	
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

Nº del contrato:	2262247/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**7621**	
Valor Total del Contrato	$ 17.725.785	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.725.785	**1**	**Del**	**15/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 844.085,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.881.700		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PERSONALES DE DOS (02) TECNICOS PARA APOYAR EL PROCESO DE ORIENTACION OCUPACIONAL A LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD, DE LOS PROYECTOS Y ACTIVIDADES QUE INCIDAN EN LA INSERCION LABORAL Y EMPELABILIDAD DE LA POBLACION

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 844.085	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	**$ 844.085**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 375.507**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4006225842**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 84.409	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 125.169	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	375.507,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	585.085,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 844.085,00**	

SON: OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ESTAMOS EN PROCESO DE INDUCCIÓN

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.

JHON FREDY PALACIOS BERNAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

CARLOS MANUEL SOTO ORTIZ
TECNICO 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

VICTOR MANUEL ARIZA PALMA
DIRECTOR REGIONAL C G05

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006225842	0|9|0|2|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
PALACIOS (Primer apellido)	BERNAL (Segundo apellido)	JHON (Primer nombre)	FREDY (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	11004847	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|1|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia

MZ 29 LT 10 BRR PANAMA (Dirección)	Telefono fijo	3136540394 (Telefono celular)	JHONFREDY2515@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
MONTERIA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHON FREDY PALACIOS BERNAL	CC	11004847	01

39.Ubicación

MZ 29 LT 10 BRR PANAMA (Dirección)	3136540394 (Teleéfono)	JHONFREDY2515@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/distrito)	CORDOBA (Departamento)

No de Radicacion
4006225842

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Bogotá, Febrero 18 de 2021

Señor:
PALACIOS BERNAL JHON FREDY
CC. 11004847
MZ 29 LT 10 BRR PANAMA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 9 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PALACIOS BERNAL JHON FREDY	11004847	C	Abr-9-2019	25	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	11004847	Dependiente	CERRADO
JHON FREDY PALACIOS BERNAL	11004847	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	VIGENTE
JHON FREDY PALACIOS BERNAL	11004847	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JHON FREDY PALACIOS BERNAL	11004847	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JHON FREDY PALACIOS BERNAL identificado(a) con C.C No. 11.004.847, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de febrero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14573689920

(415)7707212489984(8020) **000001457368992 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 4 8 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

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	1 1 0 0 4 8 4 7	1 9 9 7 0 2 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALACIOS	BERNAL	JHON	FREDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 29 LT 10 BRR PANAMA

42. Correo electrónico: JHONFREDY2515@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 8 8 8 1 9 1	3 1 3 6 5 4 0 3 9 4

CLASIFICACIÓN

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
6 9 2 0	2 0 1 5 0 5 3 0							

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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 2019 - 06 - 02

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	12 feb. 2021 02:42:56 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 1 de 4	
Paciente	**PALACIOS BERNAL JHON FREDY**		Sexo M	Edad 42A 1M 1D		**Nro. De Recepción**	**19114**
Identif.	AS 11004847	Teléfono 3136540394		Fecha De Recepción		12 feb. 2021 07:33:15 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

1 . GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS

Glicemia en Ayunas	105	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:59 pm

2 . Colesterol total sérico 196 mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo: Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .....170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:55 pm

3 . Colesterol HDL 42 mg/dL 35 a 55

INTERPRETACION

Bajo.....<40mg/dL
Elevado(Deseable).....>60mg/dL

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:59 pm

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	12 feb. 2021 02:42:56 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**						
Paciente	**PALACIOS BERNAL JHON FREDY**		Sexo M	Edad 42A 1M 1D		**Nro. De Recepción**	**19114**
Identif.	AS 11004847	Teléfono 3136540394		Fecha De Recepción		12 feb. 2021 07:33:15 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

4 . Colesterol LDL — 125 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

Colesterol VLDL — 29 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:
Menor de 50 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:59 pm

5 . Trigliceridos sérico — 145 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 160 mg/dl
Intrmedio Alto: De 160 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:55 pm

HEMATOLOGIA

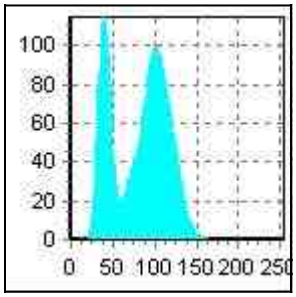
LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	12 feb. 2021 02:42:56 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**						
Paciente	**PALACIOS BERNAL JHON FREDY**		Sexo M	Edad 42A 1M 1D		**Nro. De Recepción**	**19114**
Identif.	AS 11004847	Teléfono 3136540394		Fecha De Recepción		12 feb. 2021 07:33:15 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

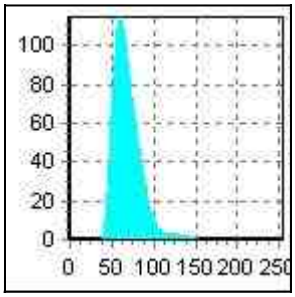
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
6 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Hemoglobina	12,40	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	38,50	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,46	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	86,30	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	27,80	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	32,20	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	15,40	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	41,90	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,58	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	58,70	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	4,45	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	31,80	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,41	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	9,50	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,72	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	292	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,32	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	11	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,20	fL	6,50 a 12

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 12 feb. 2021 01:53 pm

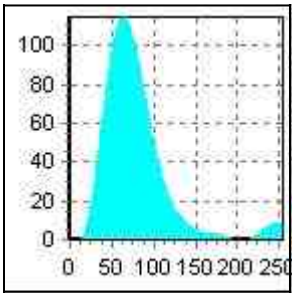
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



Luis Segura Calao
BACTERIOLOGO
T.P. 07457
UNIVERSIDAD DE CORDOBA

LUIS MIGUEL SEGURA CALAO
BACTERIOLOGO

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	12 feb. 2021 02:42:56 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 4 de 4	
Paciente	**PALACIOS BERNAL JHON FREDY**		Sexo M	Edad 42A 1M 1D		**Nro. De Recepción**	**19114**
Identif.	AS 11004847	Teléfono 3136540394		Fecha De Recepción		12 feb. 2021 07:33:15 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

Resultados	Unidades	Valores Referencia

UNIVERSIDAD DE CORDOBA

Salud Ocupacional Total
"Porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL y una OBLIGACIÓN LEGAL"

Nit. 900.408.285-1

Dirección: Calle 29 No. 11 - 05 B/ El Edén
Tel: 7970109 Cel: 314 5082752 – 310 5281220
Email: saludocupacionaltotal@hotmail.com
Montería, Córdoba - Colombia

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JHON FREDY PALACIOS BERNAL
Identificación: CC 11004847
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1979-01-11 Edad: 42 A
Dirección REPUBLICA DE PANAMA MZ 30 LOTE 7
Teléfono: 3136540394
Empresa: SENA PARTICULAR
Empresa en misión: SENA PARTICULAR
Actividad económica:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 0042388 Fecha apertura: 20210212 07:21:43
Fecha cierre: 20210212 14:41:14
Realizado en: Monteria-Córdoba

Cargo u Oficio: APOYO A LA ADMINISTRACION

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR Y PSICOMETRICO.,OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES LABORALES

Control audiologico anual.
Control médico anual.
Control optometrico anual.
Pausas activas cada hora.

MANEJO POR EPS

Control de peso PP por EPS.
Valoración nutricionista.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Dieta baja en sodio.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.
FOMENTOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Estres ocupacional.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Continuar con RX Actual .
Control Anual .
Pausas activas y reposo visual.
Requiere Gafas .
Uso de rx permanente .

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Observación

SE REALIZA:
HEMOGRAMA - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO

Lidelcy Torres

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LIDELCY MARIA TORRES YEPES
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 01121 Registro No.: 231855/2012

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 11004847

Hace constar:

Que el Sr(a) JHON FREDY PALACIOS BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11004847 realizó el día 17/02/2021 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JHON FREDY PALACIOS BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11004847 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

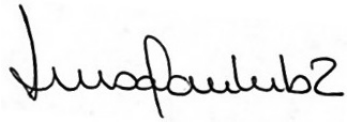
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JHON FREDY PALACIOS BERNAL, con Cédula Ciudadanía No. 11004847 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 16/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 15/02/2021 y fecha hasta 31/12/2021, 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): 202101012390905.

Dada en Bogotá, a los 17 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Scotiabank | COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A

OFICINA MONTERIA ALAMEDAS

NIT 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

JHON FREDY PALACIOS BERNAL identificado con CC Numero 11004847 tiene cuenta de Ahorros bajo el número 9282013862 fecha de apertura 10 de febrero del 2021 en la Ciudad de Monteria, Cumpliendo con las políticas y normas de la Superintendencia Bancaria.

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado el día 10 de febrero de 2021.

Cordialmente;

Kenia Acosta Naranjo| Vicepresidencia Retail
Red de Oficinas Scotiabank Colpatria
Asesor comercial

Scotiabank Colpatria S.A
Calle 44 n 8 43 Local B 212 , Monteria,Cordoba Colombia
T: -57 7894132, Ext: 8333
acostaken@colpatria.com
www.scotiabankcolpatria.com
*Scotiabank es una marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia

Escaneado con CamScanner

seguros mundial

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMUN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	CG-1025451	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	40139503	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	15/02/2021	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del 15/02/2021	24:00 Horas Del 30/04/2022		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	PALACIOS BERNAL, JHON FREDY	No. DOC. IDENTIDAD	11004847
DIRECCIÓN	MZ 29 LT 10 BRR PANAMA	TELÉFONO	7888191
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 24 CRA 14 AV CIRCUNVALAR	TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 24 CRA 14 AV CIRCUNVALAR	TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CGI.PCCNTR.2262247 , CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PERSONALES DE DOS (02) TECNICOS PARA APOYAR EL PROCESO DE ORIENTACION OCUPACIONAL A LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD DE LOS PROYECTOS Y ACTIVIDADES QUE INCIDAN EN LA INSERCION LABORAL Y EMPELABILIDAD DE LA POBLACION VULNERABLE Y DE LOS BUSCADORES DE EMPLEO Y EMPRESARIOS A TRAVES DE LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 15/02/2021	24:00: Horas Del 30/04/2022	1.772.578,50	20.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.772.579	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
YINA LUZ ORTIZ PACHE	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 15/02/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA)

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUI INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR 11.009.847

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CG-1025451** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **PALACIOS BERNAL, JHON FREDY** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , expedida por la Compañía en **15/02/2021,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **CARTAGENA** a los **15** días del mes **FEBRERO** del año **2021**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Referencia de Pago No.

Fecha de Facturación	15/02/2021

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.	CG-1025451	
Periodo Facturado	15/02/2021	30/04/2022

Fecha Límite de Pago	
Prima (incluye gastos de expedición)	
IVA	
VALOR TOTAL A PAGAR $	

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	PALACIOS BERNAL, JHON FREDY
MZ 29 LT 10 BRR PANAMA	11004847
Intermediario	YINA LUZ ORTIZ PACHE

Cheque

Banco	No Cuenta	No Ch

TOTAL

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial, ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta póliza no ha sido radicada efectivamente el **01/04/2021** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1061 del código de comercio).
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente que cheque debe ir a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endosarlo correctamente y diligenciar los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrara un valor del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE, haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en el efectivo.

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

8454 SEGUROS MUNDIAL

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA4157709998434219802000000040139503900000000029750962021040l

NUMERO DE APROBACION 463612

Fecha: 15/02/2021 17:25:48
DV: 673628
NUM. TRANSACCION 1030310660
Valor $29.750,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 908043 MONTERIA BRR PANAMA

Cajero: MIANBUPE

Referencia de Pago No.

Fecha de Facturación 15/02/2021

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No. CG-1025451

Periodo Facturado 15/02/2021 30/04/2022

Fecha Límite de Pago

Prima (incluye gastos de expedición)

IVA

VALOR TOTAL A PAGAR $ 29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social PALACIOS BERNAL, JHON FREDY

MZ 29 LT 10 BRR PANAMA 11004847

Intermediario YINA LUZ ORTIZ PACHE

Cheque

Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque

TOTAL

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000000040139503(3900)000000029750(96)20210401

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990040139503(3900)000000029750(96)20210401

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

mundial

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla

grupo éxito

Bancolombia
Corresponsal Bancario

efecty

Baloto

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank

DAVIVIENDA

Banco de Bogotá

Bancolombia

Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO

Tu compañía siempre

Escaneado con CamScanner