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 VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**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** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **24 de Febrero de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **21011-451345** |
| **No. de documento** | **20294** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ | **C.C.** | 16.229.476 | **IP/Nº de contacto** | 23609 |
| **Correo electrónico contratista:** | fredycruz@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **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 DE BOGOTA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 206153207 | |
| **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:** | 2216409/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **6821** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.740.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 38.740.000 | **1** | **Del** | **08/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 1.950.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.790.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN REGULAR PROGRAMADAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.950.000 | 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** | **$ 1.950.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.268.250** | **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** | ---------- | **dec 1273-2018** | Valor Base retención en la fuente | 1.268.250,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 1.691.000,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 4.800 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8523 | 3.382,00 | 0,200% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Pro-UCEVA | 9.750,00 | 0,500% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Universidad del Pacífico | 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 $ 1.161.856 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 422.750 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 1.936.868,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formación profesional en formación complementaria virtual

**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.

**FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ**
**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,

**JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE**
**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

NIT - 805000427

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS**

**(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,**

**USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)**

El afiliado FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ identificado con CC-16229476 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Enero 26 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

16229476

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

EPS-FT-1143 Cre. Oct/2015

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14736052531

(415)7707212489984(8020) 000001473605253 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 6 2 2 9 4 7 6 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1 | |

## 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 6 2 2 9 4 7 6 | 1 9 9 3 0 1 2 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cartago 1 4 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CRUZ | HERNANDEZ | FREDY | ANTONIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cartago 1 4 7 |

41. Dirección principal: CR 2 42 38 BRR SANTA ANA

42. Correo electrónico: hfredycruz@yahoo.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 6 2 9 4 6 9 4 4 | |

## 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 0 0 1 0 1 | 8 2 9 9 | 2 0 1 0 0 1 0 1 | 7 0 2 0 | 2 3 1 1 | |

## 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 | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2021 - 02 - 05 / 09 : 02: 50

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 CRUZ HERNANDEZ FREDY ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS S.A.S.
## FORMATO SALUD OCUPACIONAL - FECHA: 2020-10-16



### INFORMACION PERSONAL

**Tipo documento**
CEDULA DE CIUDADANIA

**Numero documento**
16229476

**Genero**
MASCULINO

**Nombre del paciente**
FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ

**Ciudad**
CARTAGO

**Edad**
46 Años 0 Meses 2 Dias

**Cargo/Ocupacion**
INSTRUCTOR

**Entidad**
PARTICULAR

### MOTIVO DE CONSULTA

**TIPO DE EXAMEN**
INGRESO

### INFORMACIÓN ADICIONAL

| ENFASIS | EPS | ARL | AFP | TIPO DE SANGRE |
|---|---|---|---|---|
| OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR | COOMEVA | POSITIVA | COLPENSIONES | O+ |

### EXAMENES DE LABORATORIO

| EXAMEN DE LABORATORIO | INTERPRETACION |
|---|---|
| TRIGLICERIDOS | ALTERADO |
| CUADRO HEMATICO | NORMAL |
| GLICEMIA | NORMAL |
| COLESTEROL | NORMAL |

**AGUDEZA VISUAL**
NORMAL

**HALLAZGOS:**
SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECCION FRENTE A PANTALLAS

**OTROS:**
PRESENTA PBA PSICOTECNICA SATISFACTORIA

### RIESGO

BAJO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PAUSAS ACTIVAS
CONTROL DE PESO Y NUTRICION
AUTOCUIDADO Y PREVENCION DE ACCIDENTES
HIGIENE POSTURAL
INICIO O CONTINUAL ACTIVIDAD FISICA

### CONCEPTO

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

**OBSERVACIONES**
SE RECOMIENDA SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD NACIONAL Y DEL GOBIERNO NACIONAL EN LA PANDEMIA PARA LA
PREVENCIÓN DEL COVID 19, HACIENDO ÉNFASIS EN EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE MASCARILLA, LAVADO DE MANOS, Y USO DE GEL ANTIBACTERIAL. DIETA BAJA EN HARINAS Y HACER EJERCICIO, VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR NORMAL.

**La presente certificacion se expide con base en la historia clinica ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo esta regulado por la resolucion 2346 del 2007 0918 de 2009.**

**FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ**
**CC 16229476**

**MEDICO SALUD OCUPACIONAL**
**MEDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL**

## Hace constar:

Que el Sr(a) FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16229476 realizó el día 22/02/2021 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 FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16229476 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**

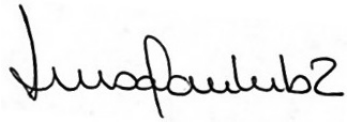
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que FREDY ANTONIO CRUZ HERNANDEZ, con Cédula Ciudadanía No. 16229476 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 04/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 04/02/2021 y fecha hasta 30/11/2021, 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): 202101012466847.

Dada en Bogotá, a los 22 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que FREDY CRUZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 16.229.476 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 206153207, abierta/o desde el 1/8/2001.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Enero del año 2021 con destino a: Sena

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| CALI | CALI | 45 | 45-46-101010193 | 0 |

| Fecha Expedición: Día: | Mes: | Año: | Vigencia Desde: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Vigencia Hasta: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 02 | 2021 | 08 | 02 | 2021 | 00:00 | 05 | 04 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | CRUZ HERNANDEZ FREDY ANTONIO | Identificación: | 16229476 |
|---|---|---|---|
| Dirección: | CR 2 42 38 | Ciudad: CARTAGO - VALLE | Teléfono: 3162946944 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE. SENA – REGIONAL VALLE - CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES- CTA | Identificación: | 899999034-1 |
|---|---|---|---|
| Dirección: | CR 9 12 141 | Ciudad: CARTAGO - VALLE | Teléfono: 2119999 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2216409 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN REGULAR PROGRAMADAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 08/02/2021 | 05/04/2022 | $ 3,874,000.00 |

OBSERVACIONES:

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Limite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 3,874,000.00 | 08/02/2021 |

| 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 UNICAMENTE 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

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza escaneando el código QR.

Escaneado con CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** SEGUROS DEL ESTADO GENERALES Nit. 860009578-6 — 47189 — iRecaudo

| | |
|---|---|
| Nro. de Referencia de Pago | 10000027384449 |
| Fecha de Emisión | 08/02/2021 |
| Fecha de Pago | DIA / MES / AÑO |
| Consignado Por: | Fredy Cruz |
| Valor a Pagar: | $33,320.00 |
| Cantidad de Documentos a Pagar | 1 |
| Fecha Vencimiento Boleta | 15/02/2021 |

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

**Lugares de Pag** BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** SEGUROS DEL ESTADO GENERALES Nit. 860009578-6 — 47189 — iRecaudo

| | |
|---|---|
| Nro. de Referencia de Pago | 10000027384449 |
| Fecha de Emisión | 08/02/2021 |
| Fecha de Pago | DIA / MES / AÑO |
| Nombre de quién realiza la consignación: Fredy Cruz | |
| Teléfono: | TOTAL A PAGAR $33,320.00 |

(415)7709998021167(8020)10000027384449(3900)00000000033320(96)20210215

BANCO - CHEQUE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

| FORMA DE PAGO | Código del Banco | Nº de Cheque | Nº de Cuenta | Valor |
|---|---|---|---|---|
| CHEQUE | | | | |
| | | | Total Pagado | |

**Lugares de Pag** BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** SEGUROS DEL ESTADO GENERALES Nit. 860009578-6 — 47189 — iRecaudo

| | |
|---|---|
| Nro. de Referencia de Pago | 10000027384449 |
| Fecha de Emisión | 08/02/2021 |
| Fecha de Pago | DIA / MES / AÑO |
| Nombre de quién realiza la consignación: Fredy Cruz | |
| Teléfono: | TOTAL A PAGAR $33,320.00 |

(415)7709998021167(8020)10000027384449(3900)00000000033320(96)20210215

BANCO - EFECTIVO

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

**Lugares de Pag** BANCOLOMBIA

| | |
|---|---|
| Total de Efectivo | $ |
| Total Pagado | $ |

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarce con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.

Usuario Genera: 1622947[illegible]

Redeban

FEB 08 2021 16:23:33 REMOES 8.41
CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
PTM CARTAGO SANTA ANA
CARRERA 2 42 38
C.UNICO: 3007039352 TER: A0026650
RECIBO: 045972 RRN: 047742 APROB: 051578

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S
REF: 10000027384449

VALOR $ 33,320

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000972345. Conserve esta tirilla como soporte.

FIRMA: _____
C.C: _____
TEL: _____

*** COMERCIO ***

Escaneado con CamScanner