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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**07475-549638**
No. de documento	**352275**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	**C.C.**	93.356.717	**IP/Nº de contacto**	3103394990
Correo electrónico contratista:	jbergano@sena.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 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	CORRIENTE	**Nº Cuenta**		43311186660	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3356740/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**43822**	
Valor Total del Contrato	$ 39.500.100	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.500.100	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.950.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.550.090		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SU SEDE PRINCIPAL, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.950.010		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.950.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.328.382**		**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	----------	**4430814118**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.580.004	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 197.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 252.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 395.001	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 776.127	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.328.382,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00	
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	33.805,00	0,966%
-	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	**$ 3.916.205,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO 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.

JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN SUAREZ
INSTRUCTOR G11

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

Bogotá, Enero 27 de 2022

Señor:
BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS
CC. 93356717
MZ J CA 17 BRR BRISAS VASCONIA - 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 Mayo 10 de 2000. 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
BERGAÑO TORRES MARIA JOSE	1104936021	T	Oct-18-2005	405	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BERGAÑO TORRES ANGIE NATHALIA	1104943398	T	Abr-8-2008	292	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BERGAÑO TORRES ALEJANDRA	1104945365	T	Jul-16-2009	234	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BERGAÑO MENESES JOSE DAVID	1110588233	C	May-10-2000	675	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA	28552763	C	Ago-22-2007	328	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS	93356717	C	May-10-2000	629	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
BORDATEX LTDA	93356717	Dependiente	CERRADO
BORDATEX LTDA	93356717	Dependiente	CERRADO
CONFECCIONES SANDRINA Y O SANDRA HERRERA	93356717	Dependiente	CERRADO
COOSERTER LTDA	93356717	Dependiente	CERRADO
IBIS SA	93356717	Dependiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	CERRADO
JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO	93356717	Trabajador Independiente	VIGENTE
LABOORUM	93356717	Dependiente	CERRADO
LABOORUM	93356717	Dependiente	CERRADO
LABOORUM	93356717	Dependiente	CERRADO
MONTIEL JOANA BETTY	93356717	Servicio Domestico	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	93356717	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	93356717	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	93356717	Dependiente	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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93356717,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2022.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO, con Cédula Ciudadanía No. 93356717 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2022 y fecha hasta 30/11/2022, 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): 202201012547987.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 18/02/2022 06:48:09 a. m.
ISCDC: 18/02/2022 06:48:09 a. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14510912802

(415)7707212489984(8020) 000001451091280 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 3 5 6 7 1 7	9	Impuestos de Bogotá 3 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	93356717	1 9 8 2 0 8 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERGAÑO	TRIVIÑO	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 181 C 9 30 BL 6 AP 202 BRR SAN JOSE DE USAQUEN

42. Correo electrónico: jcberganot@misena.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 1	2 0 0 9 1 0 0 1	8 5 4 2	2 0 0 9 1 0 0 1	7 1 1 0	4 9 2 1	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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
4 9																									

53. Código: 49

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 - 05 - 20

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

Certificado
Bancario

Domingo, 23 de enero de 2022

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN CARLOS BERGA#O TRIVI#O identificado(a) con CC 93356717, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	43311186660	2002/09/26	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.

POSLABO

Bancolombia

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1104936021**	**MARIA JOSE BERGAÑO TORRES**	**HIJO**
T.I.	**1104943398**	**ANGIE NATHALIA BERGAÑO TORRES**	**HIJO**
T.I.	**1104945365**	**ALEJANDRA BERGAÑO TORRES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

Juan Carlos Bergaño Triviño

C.C. 93.356.717

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1104945365

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42048751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 2 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERGAÑO * * * * * *	TORRES * * * * * * *

Nombre(s)

ALEJANDRA * * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 15	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * *	* 51771593-2 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 28,552,763 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificacion (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 93,356,717 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
CC 93,356,717 * DE IBAGUE * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * *	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes JUL Día 23	JAIME BARRIOS MEJIA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1104936021

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37207375

37207375

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 2 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA * TOLIMA * IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERGAÑO	TORRES

Nombre(s)

MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes SEP Día 25	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA * TOLIMA * IBAGUE

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A 5654838

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 28.552.763 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.356.717 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
CC 93.356.717 DE IBAGUE	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
DE	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
DE	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes OCT Día 11	NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE CIRCULO DE IBAGUE JAIME BARRIOS MEJIA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1104943398

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41631070

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Numero [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código [T 2 B]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERGAÑO * * * * * *	TORRES * * * * * * *

Nombre(s)

ANGIE NATHALIA * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes ABR Dia 07	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * *	50159480-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 28.552.763 * DE IBAGUE * * * * * * *	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 93.356.717 * DE IBAGUE * * * * * * *	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
CC 93.356.717 * DE IBAGUE * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * * *	- - - - - - - - -

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
* * * * * DE * * * * * * * *	- - - - - - - - -

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes ABR Dia 30	JAIME BARRIOS MEJIA Nombre y Firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93356717
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JUAN CARLOS BERGANO TRIVINO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MAZ J CASA 17 BRISAS DE	TELÉFONO:	2685449
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:	**4430814118**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/01/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998490871

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 264.000
SUBTOTAL:			1	**$ 264.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 206.300
SUBTOTAL:			1	**$ 206.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.700
SUBTOTAL:			1	**$ 8.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 479.000**