SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**41663-980614**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA	**C.C.**	79.381.833	**IP/Nº de contacto**	3138037968
Correo electrónico contratista:	dossa@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 005918193

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5191143/2023 **Nº Compromiso SIIF** **68523**

Valor Total del Contrato	$ 22.025.255	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.025.255	**1**	**Del**	**06/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 3.357.509,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.667.746		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Suministrar servicios personales de carácter temporal, impartiendo la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas académicas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.357.509		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	**$ 3.357.509**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.973.894**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4503581926**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.343.004	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 839.377	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 335.751	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 657.965	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.973.894,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.974.709,00	
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	28.736,00	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	**$3.328.773,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES 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 y 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.

DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79381833
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 28 14 A 56 SUR FRAGUA	TELÉFONO:	4084599
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4503581926**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/06/29			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994817835

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.000	$ 0	$ 258.000
SUBTOTALES:										**$ 258.000**	**$ 0**	**$ 258.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 201.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 201.500	$ 0	$ 0	$ 201.500
SUBTOTALES:													**$ 201.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 201.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79381833	OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.612.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.612.000	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.612.000	$ 201.500	$ 0	$ 201.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.612.000	79381833	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 468.000**

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de julio de 2023

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:

C.C.	**1000228052**	**OSSA SUPELANO DIEGO ANDRES**	**HIJO**
C.C.	**1000163896**	**OSSA SUPELANO PAULA ALEJANDRA**	**HIJO**
C.C.	**52362250**	**SUPELANO MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA**	**CONYUGUE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

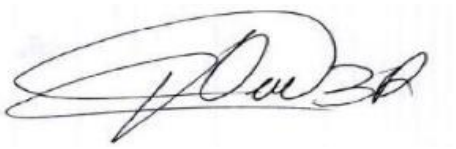
- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada

en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

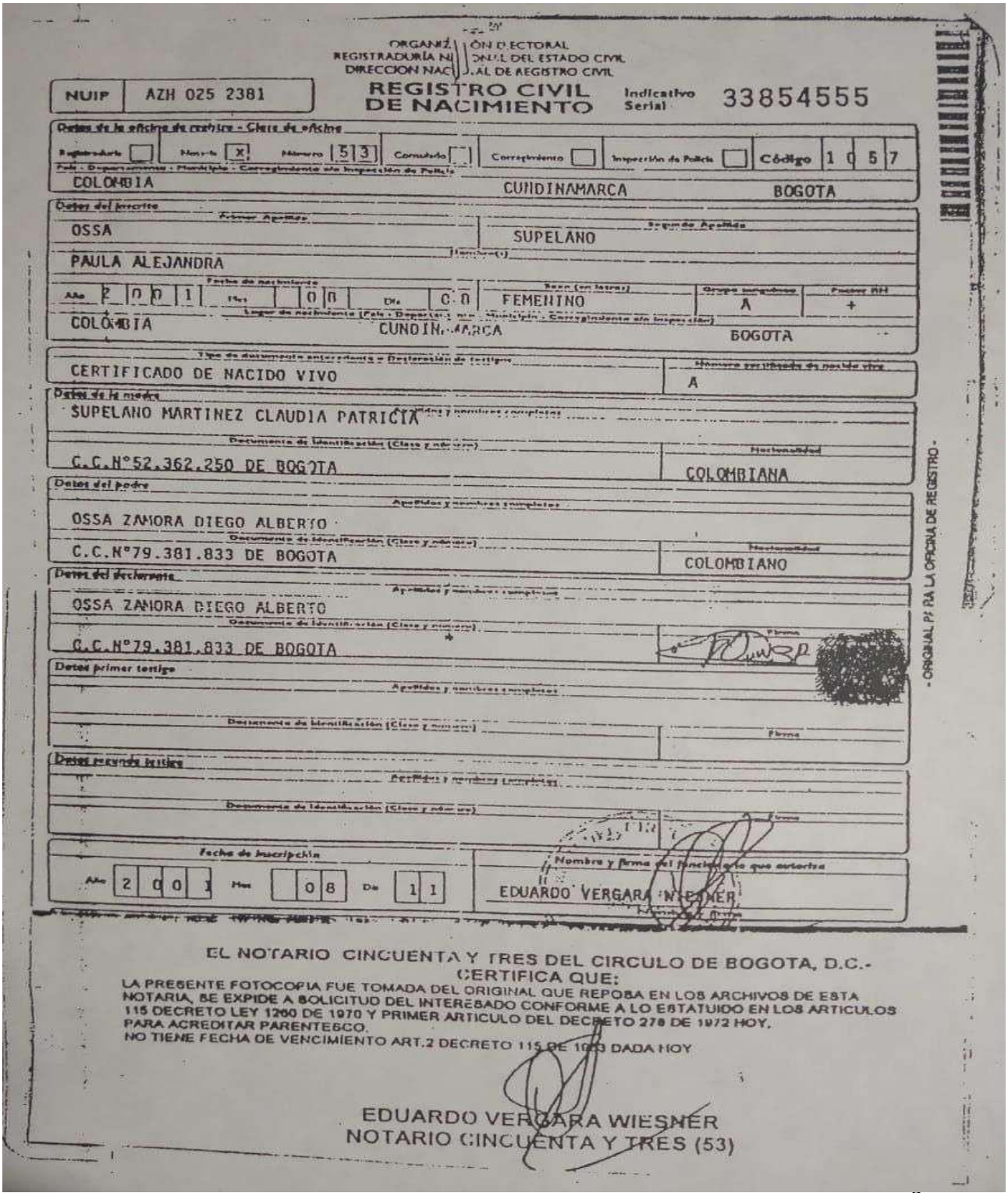
Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA

C.C. 79381833 de Bogotá



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP AZH 025 2381

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33854555

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 53 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1057

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: OSSA Segundo Apellido: SUPELANO

Nombre(s): PAULA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento: Año 2001 Mes 08 Día 20 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SUPELANO MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N°52.362.250 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N°79.381.833 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N°79.381.833 DE BOGOTA

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

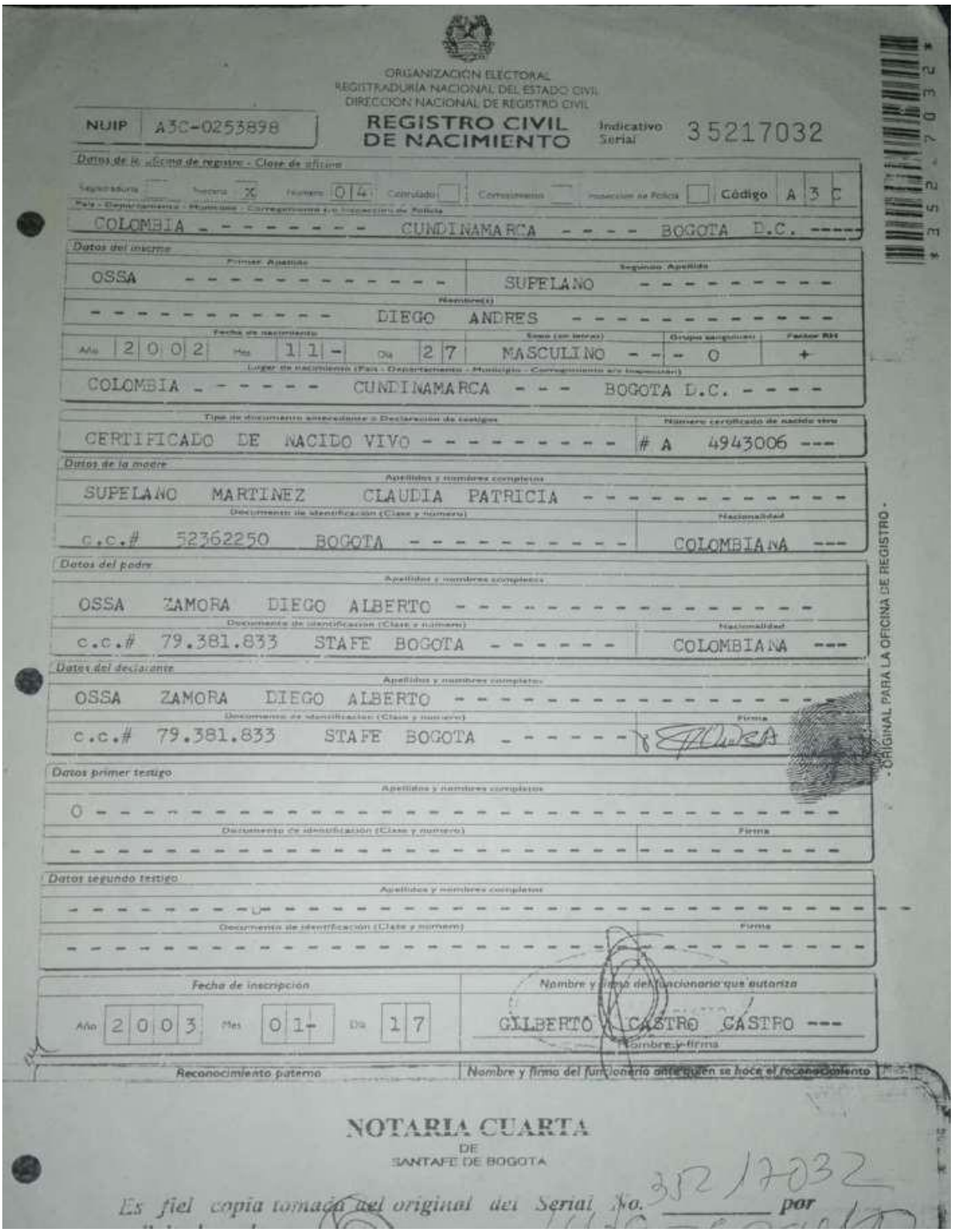
Fecha de inscripción: Año 2001 Mes 08 Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: EDUARDO VERGARA WIESNER

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL NOTARIO CINCUENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.-
CERTIFICA QUE:
LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO CONFORME A LO ESTATUIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970 Y PRIMER ARTICULO DEL DECRETO 278 DE 1972 HOY.
PARA ACREDITAR PARENTESCO.
NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO ART.2 DECRETO 115 DE 1970 DADA HOY

EDUARDO VERGARA WIESNER
NOTARIO CINCUENTA Y TRES (53)



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

NUIP A3C-0253898

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 35217032

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría | Notaría X | Número 04 | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A 3 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - - - - - - - - CUNDINAMARCA - - - - BOGOTA D.C. - - - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OSSA - - - - - - - - - - - - -	SUPELANO - - - - - - - - - -

Nombre(s): - - - - - - - - - - - - DIEGO ANDRES - - - - - - - - - - - -

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2002 Mes 11 Día 27	MASCULINO - - -	O	+

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

COLOMBIA - - - - - - CUNDINAMARCA - - - BOGOTA D.C. - - - -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - - - - - - -	# A 4943006 ---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SUPELANO MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 52362250 BOGOTA - - - - - - - - - -	COLOMBIANA ---

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.381.833 STAFE BOGOTA - - - - - -	COLOMBIANA ---

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.381.833 STAFE BOGOTA - - - - - -	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: O -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
- -	- - - - - - - - - -

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
- -	- - - - - - - - - -

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes 01 Día 17	GILBERTO A CASTRO CASTRO --- Nombre y firma

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA CUARTA
DE
SANTAFE DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del original del Serial No. 35217032 por

MARISOL SANDOVAL SANCHEZ

CONTADORA PÚBLICA

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

CERTIFICACION

Yo **MARISOL SANDOVAL SANCHEZ**, identificada con Cedula de ciudadanía **Nº 52' 206.145** de Bogotá, certifico que la Señora **CLAUDIA PATRICIA SUPELANO MARTINEZ**, identificada con C.C.**N.º 52`362.250** de Bogotá, percibió un promedio de ingresos mensuales de valor de **$800.000 (OCHOCIENTOS MIL) PESOS M/CTE**, durante el **año 2022,** por concepto de actividades como comerciante venta de productos de revista, esto de acuerdo con los documentos presentados

Se expide la presente certificación a los **QUINCE (15**) días del mes de julio de 2023, por solicitud del interesado.

Atentamente,

MARISOL SANDOVAL SANCHEZ



Contadora Publica T.P. 97532-T

C.C. N.º 52' 206.145 de Bogotá

CEL. 3213601453

MATRICULA PROFESIONAL Y CEDULA DE CIUDADANIA DEL CONTADOR



160.3.700.10.1064

EL SUBDIRECTOR NACIONAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

HACE CONSTAR:

Que, verificada la información en el sistema de registro y control académico **PAULA ALEJANDRA OSSA SUPELANO** identificada con la cédula de ciudadanía. No, **1000163896** es estudiante del programa de formación profesional en **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**, jornada diurna, que ofrece la Escuela Superior de Administración Pública, Esap, NIT No. 899999054-7.

La estudiante ingresó al programa de pregrado en el primer periodo académico del año 2019; al término del segundo periodo académico del año 2021, cursó y aprobó 108 créditos académicos, que la ubica en el sexto (6) semestre con un promedio acumulado de tres punto nueve siete (3.97).

Para el primer periodo académico del año 2022, formalizó matrícula académica con el registro de 17 créditos académicos, que cursan en el programa comprendido entre el 1 de febrero hasta el 5 de junio de 2022, conforme al calendario señalado por la resolución SC # 1452 de noviembre de 2021. Con cierre del periodo académico el 12 de junio de 2022.

El programa de formación profesional en **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**, jornada diurna, tiene una duración de diez (10) semestres y 180 créditos académicos, conforme la autorización del Ministerio de Educación Nacional, código SNIES 51868.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a) en la ciudad de Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de marzo de 2022.

HERNAN ALONSO SALAZAR GARCIA
Subdirector Nacional de Servicios Académicos

Vigilada MinEducación

Revisó y validó: Johanna Rodriguez – Registro Y Control
Verificó registros y proyectó: Fabiola Esguerra – Ryca
Revisó-Martha Bautista Despacho SNSA

Sede Nacional - Bogotá - Calle 44 No. 53 - 37 CAN
PBX: 2202790 - Fax: (091) 2202790 Ext. 7205
Correo Electrónico: ventanillaunica@esap.edu.co
www.esap.edu.co

Escuela Superior de Administración Pública

CE-006 - 0000000100 – 2023

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 79381833
NOMBRES Y APELLIDOS	Ossa Zamora,Diego Alberto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ossa Zamora,Diego Alberto, a los 18 días del mes de julio del año 2023.

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA con identificación No. 79.381.833 se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES COLFONDOS desde el día 01 de mayo del 2000. Su saldo valorizado al día 18 de julio del 2023 está distribuido como se detalla a continuación:

FONDO	SALDO
Pension Obligatoria CONSERVADOR	$ 16'881.389,30
Pension Obligatoria MODERADO	$ 63'069.973,94

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de julio del 2023.

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 PQR's, 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 018000510000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA** con **CC** No. **79381833**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 06/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 06/07/2023 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301017319355.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de julio de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14678890681

(415)7707212489984(8020) 000001467889068 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 3 8 1 8 3 3	1	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	7 9 3 8 1 8 3 3	1 9 8 4 0 6 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSSA	ZAMORA	DIEGO	ALBERTO

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
CR 28 14 A 56 SUR

42. Correo electrónico diegoszamora@yahoo.es

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

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
8 5 4 1	2 0 1 4 1 0 0 6	8 5 4 2	2 0 1 4 1 0 0 6	7 4 9 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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 2020 - 01 - 21

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 OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL

"AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA identificado con el documento No. 79.381.833

posee en la oficina RESTREPO (005) una cuenta de ahorros

No. 005918193 desde el 30 de marzo de 2010

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 29 días del mes de junio de 2023

Atentamente,

Gerente Oficina 005

Esta certificación tiene un costo de $ 0,00 . el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

F-06-403-1

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79381833 realizó el día 17/07/2023 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 DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79381833 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79381833 el día 17/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

