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	**20 de Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**53420-579977**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HECTOR GARCIA BUITRAGO	**C.C.**	19.437.772	**IP/Nº de contacto**	16003
Correo electrónico contratista:	hgarcia2777@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE OCCIDENTE **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 253803084

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: 5192972/2023 **Nº Compromiso SIIF** **63723**

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	----------	**68698356**
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 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.

HECTOR GARCIA BUITRAGO
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) HECTOR GARCIA BUITRAGO identificado con CC No. 19437772 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 19437772, con vigencia desde 8/1/1995 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	62	1877	01/08/1995	Vigente		Si
2	51610841	GLORIA CECILIA VALBUENA LEGUIZAMO	62	765	01/08/1995	No vigente	31/03/2011	No
3	1018413683	DAVID ESTEBAN GARCIA VALBUENA	35	646	01/08/1995	No vigente	31/10/2008	No
4	1943777204	LAURA MARCELA GARCIA VALBUENA	33	646	01/08/1995	No vigente	30/11/2007	No
5	1020767992	NATHALIA MARIA GARCIA VALBUENA	31	809	01/08/1995	No vigente	31/03/2011	No
6	1020845571	AIXA VALENTINA GARCIA VALBUENA	23	1230	16/11/1999	Vigente		No
7	1020743004	LAURA MARCELA GARCIA VALBUENA	33	154	07/12/2007	No vigente	30/06/2012	No
8	1018413683	DAVID ESTEBAN GARCIA VALBUENA	35	33	01/10/2009	No vigente	22/12/2009	No
9	1020767992	NATHALIA MARIA GARCIA VALBUENA	31	158	23/06/2011	No vigente	31/07/2015	No
10	51610841	GLORIA CECILIA VALBUENA LEGUIZAMO	62	568	23/06/2011	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 29 días del mes de Junio del 2023



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	30/06/2023	68698356	$467.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	467.900	467.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	30/06/2023	68698356	$467.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	19437772	GARCIA BUITRAGO HECTOR	59	0			N																	230201	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS001	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA BUITRAGO HECTOR** identificado(a) con **CC** número **19.437.772** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1995 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023062910142

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 **HECTOR GARCIA BUITRAGO** con **CC** No. **19437772**, 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): 202301017365012.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	30/06/2023	68698356	$467.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	467.900	467.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	30/06/2023	68698356	$467.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	19437772	GARCIA BUITRAGO HECTOR	59	0			N																	230201	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS001	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14846276521

(415)7707212489984(8020) 000001484627652 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 4 3 7 7 7 2	3	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	1 9 4 3 7 7 7 2	1 9 7 9 0 6 1 8

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
GARCIA	BUITRAGO	HECTOR	

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 147 14 69 TO 7 AP 804

42. Correo electrónico HGARCIACO@GMAIL.COM

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

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 9 0 1 3 1	8 5 4 2	2 0 1 9 0 1 3 1	8 5 4 4				

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 2022 - 09 - 21 / 10 : 36: 44

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 GARCIA BUITRAGO HECTOR
985. Cargo CONTRIBUYENTE

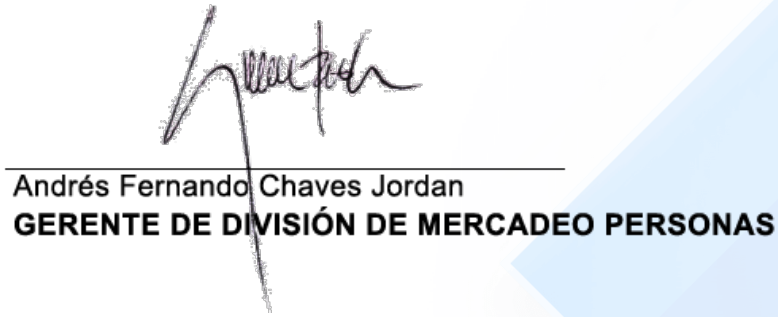
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **HECTOR GARCIA BUITRAGO** identificado con C.C. número **19.437.772** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **26 de agosto de 1999** con la Cuenta de Ahorros **253803084** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **HECTOR GARCIA BUITRAGO** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **29 de junio de 2023**



Andrés Fernando Chaves Jordan
GERENTE DE DIVISIÓN DE MERCADEO PERSONAS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) HECTOR GARCIA BUITRAGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19437772 realizó el día 20/07/2023 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 HECTOR GARCIA BUITRAGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19437772 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HECTOR GARCIA BUITRAGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19437772 el día 20/07/2023 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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 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.	**1020845571**	**AIXA VALENTINA GARCIA VALBUENA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _____
C.C. _____

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA	
0000596652	
FECHA	**CICLO LECTIVO**
16/12/2022	PERIODO 2023-1

Documento de Identidad: 1020845571
Apellidos: GARCIA VALBUENA
Nombre: AIXA VALENTINA
Programa Académico: ADMINISTRACION DE EMPRESAS

ID: 0000172688
Dirección:
Ciudad: BOGOTA D.C.
Teléfono: 759-4709

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)
MATRICULA ADMINISTRACION DE EMPRESAS CONVENIO SWISS EDUCATION GROUP SUIZA	8,108,000.00		
		VALOR A CANCELAR HASTA: 23/01/2023	**8,108,000.00**

La matrícula extraordinaria se calculará una vez vencida la fecha de pago de matrícula ordinaria.

Recuerde que una vez pagados los derechos de matrícula, no habrá lugar a devolución ni acumulado.

INFORMACIÓN DE CARÁCTER IMPORTANTE

Si el pago de su orden de matrícula (valor total o parcial) será realizado por parte de una empresa tenga en cuenta lo siguiente:

- No realizar ningún abono a la orden de matrícula.
- Si aplica a alguna beca y es favorecido(a) se deberá asignar primero a su orden de matrícula dicho porcentaje.
- Solicitar por medio del Coordinador de admisión la información para tramitar la factura a nombre de la organización.

NOTA: Si se realiza un pago parcial o total a su orden de matrícula no se podrá generar la factura a la empresa.

Conforme al Reglamento de Estudiantes Artículo 1 "ESTUDIANTE REGULAR: Se considera estudiante regular de la Universidad a toda persona que formaliza su matrícula mediante el pago de los correspondientes derechos pecuniarios para un período académico y la realización de la correspondiente inscripción de materias".
Nota: El pago del valor de la matrícula, no garantiza la aprobación académica del semestre en curso.

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.
-ESTUDIANTE –

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA	
0000596652	
FECHA	**CICLO LECTIVO**
16/12/2022	PERIODO 2023-1

NO SE ACEPTAN LOS PAGOS POR UN VALOR DIFERENTE AL FACTURADO PARA CADA FECHA DE VENCIMIENTO

Documento de Identidad: 1020845571
Apellidos: GARCIA VALBUENA
Nombre: AIXA VALENTINA
Programa Académico: ADMINISTRACION DE EMPRESAS

BANCO O CORPORACION	CUENTA No.
BANCOLOMBIA – CTA AHORROS - CONV 871	20437001715
BBVA COLOMBIA – CONVENIO 29480	0309039832

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)
MATRICULA ADMINISTRACION DE EMPRESAS CONVENIO SWISS EDUCATION GROUP SUIZA	8,108,000.00		
		VALOR A CANCELAR HASTA: 23/01/2023	**8,108,000.00**

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.
-BANCO O CORPORACION -

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, autorizo que mis datos personales, tanto privados como sensibles sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad de la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** y que estos sean tratados con la siguientes finalidades: ofrecimiento de programas educativos, desarrollo de los procesos académicos, bienestar universitario, prácticas empresariales, financiación, biblioteca, becas, ayudas económicas, relaciones internacionales, movilidad internacional, participación en eventos o concursos (académicos, culturales, recreativos, deportivos), congresos y/o seminarios, relacionamiento de egresados y graduados, atención en centro médico, difusión de información a través de los medios de comunicación de la universidad, temas publicitarios, comerciales, investigativos, estadísticos, de mercadeo, networking y en general para todas las actividades que se enmarquen dentro del objeto social de la universidad y de conformidad con la política de protección de datos de la universidad a la cual podré tener acceso en la página web www.unisabana.edu.co/nosotros/politica-de-proteccion-de-datos. Así mismo, autorizo la transmisión y transferencia de mis datos personales a terceros cuando ello sea necesario en virtud de los fines señalados anteriormente y de la relación que mantengo con la universidad.
De igual modo, declaro conocer que no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de mis datos personales sensibles y haber sido informado de que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido a la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@unisabana.edu.co, o a través de correo ordinario remitido a la dirección Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chia (Cundinamarca), atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la política de protección de datos de la universidad.
Nota para menores de edad: En calidad de representante legal del menor de edad autorizo el tratamiento de sus datos personales de conformidad con las finalidades y condiciones señaladas previamente.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
"LA GUARDIA DE LA FE PUBLICA"

REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

22661296

1. Serial NUIP: 9 9 1 1 0 2 — 2.

OFICINA REGISTRO CIVIL	3. Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	4. Municipio y Departamento	5. Código
	NOTARIA 19	SANTAFE DE BOGOTA D.C.	7861

SECCION GENERICA

INSCRITO	6. Primer apellido: GARCIA	7. Segundo apellido: VALBUENA	8. Nombres: AIXA VALENTINA				
SEXO	9. Masculino o Femenino: FEMENINO	10. Masculino ☐	Femenino ☒	FECHA DE NACIMIENTO	11. Día: 02	12. Mes: NOVIEMBRE	13. Año: 1.999
LUGAR DE NACIMIENTO	14. País: COLOMBIA	15. Departamento: CUNDINAMARCA		16. Municipio: SANTAFE DE BOGOTA D.C.			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	17. Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN IGNACIO			18. Hora: 23:25 PM
	19. Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO DE NACIDO VIVO No. A1912687	20. Nombre del profesional que certificó el nacimiento: GERMAN GONZALEZ SALAZAR		21. No. licencia: 10270
MADRE	22. Apellidos (de soltera): VALBUENA LEGUIZAMO	23. Nombres: GLORIA CECILIA		24. Edad al momento del parto: 39 AÑOS
	25. Identificación (clase y número): C.C. No. 51'610.841 DE BOGOTA	26. Nacionalidad: COLOMBIANA	27. Profesión u oficio: LIC. IDIOMAS	
PADRE	28. Apellidos: GARCIA BUITRAGO	29. Nombres: HECTOR		30. Edad al momento del nacimiento: 38 AÑOS
	31. Identificación (clase y número): C.C. No. 19'437.772 DE BOGOTA	32. Nacionalidad: COLOMBIANA	33. Profesión u oficio: ING. SISTEMAS	

DENUNCIANTE	34. Identificación (clase y número): C.C. No. 19 437.772 DE BOGOTA	35. Firma (autógrafa):
	36. Dirección postal: CARRERA 34D No. 35 - 26 Sur	37. Nombre: HECTOR GARCIA BUITRAGO
TESTIGO	38. Identificación (clase y número):	39. Firma (autógrafa):
	40. Domicilio (Municipio):	41. Nombre:
TESTIGO	42. Identificación (clase y número):	43. Firma (autógrafa):
	44. Domicilio (Municipio):	45. Nombre:
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) 46. Día: 10 — 47. Mes: NOVIEMBRE — 48. Año: 1.999	Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: NORBERTO SALAMANCA F. 49. Nombre del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 VI/77

REPUBLICA DE COLOMBIA — NOTARIA

BOGOTA D.C. 19

Firma del Padre
Nro. Documento de Identidad

Nombre Completo del Padre

Dirección Residencia

Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma de la Madre
Nro. Documento de Identidad

Nombre Completo de la Madre

Dirección Residencia

(60) Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento.

(61) NOTAS
ENMENDADO: CASILLA .-49.- SI VALE.-

ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA, SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DEL INTERESADO – ARTICULOS 114 Y 115 DECRETO 1260 DE 1970.

~~**ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO – DECRETO 2189 DE 1983.**~~

SE EXPIDE HOY 22 JUN. 2011

Oscar Ivan Chacon Paez
NOTARIO Encargado
NOTARIA 19
BOGOTA D.C.