

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ARAUCA		Código Regional	81
			Código Centro	953010
			Fecha Elaboración	1 de Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA-ARAUCA			ID de Proceso	86823-135125
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS		C.C.
Correo electrónico contratista:		sibarajas@sena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Inducción SST
				SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				SI
		Tipo de cta		AHORROS
		N° Cuenta		506100215819
		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				
N° del contrato:		5230165/2023		N° Compromiso SIIF
				51923
Valor Total del Contrato		\$ 15.862.000		N ° Pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 15.862.000		1
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 14.593.040		Periodo objeto de pago
				Del 19/07/2023 Al 31/07/2023
		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		Contratar la prestación de servicios personales de caracter temporal como instructores para el programa de titulada y complementaria durante la vigencia 2023, bajo la modalidad por horas en el área de ACTIVIDAD FISICA		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 1.268.960		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°
				Retencion en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		0,00%
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.268.960		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 604.023		Menos, Retefuente Otros Ingresos
				\$ 0
		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
		AFILIACIÓN		604.023,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 145.000	\$ 0	938.360,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.600	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	0,00
ARL		\$ 6.100	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ 0	0,00
\$ 8.835.833				Menos Retención en la Fuente
\$ 317.240				0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	Menos Retencion IVA
\$ 13.430.466				0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	Reteica - 8560
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	9.384,00
\$ 4.241.200				1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,000%
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ 126.896	Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 678.592	\$ -	0,00
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 201.341	Otras Retenciones
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	0,00
				VALOR A PAGAR
				\$1.259.576,00
SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
GENERAR HÁBITOS SALUDABLES EN SU ESTILO DE VIDA PARA GARANTIZAR LA PREVENCIÓN DE RIESGOS OCUPACIONALES Y DESARROLLAR PERMANENTEMENTE LAS HABILIDADES PSICOMOTRICES Y DE PENSAMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE EN ARAUQUITA				
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.				
SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS 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,				
MARIA ALVAREZ LEVA PROFESIONAL G02				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO				
EDYD GUSTAVO GOMEZ FRANCO				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS identificado(a) con CC 1096948194 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/06/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	MEDYTEC SALUD IPS. S.A.S-SARAVENA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de julio del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



N° 8.050

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
BARAJAS CASTELLANOS SERGIO IVAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC	1096948194
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AGUDEZA VISUAL				LDL			
CONSULTA DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL				HDL			
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL				EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
GLICEMIA				ENFASIS CARDIOVASCULAR			
COLESTEROL TOTAL				TEST MINIMULT			
TRIGLICERIDOS				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 O VIRUELA DEL MONO SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Firma: _____

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575

L.S.O.: 81-1217



Código de Seguridad

L678R1X8050

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: BARAJAS CASTELLANOS SERGIO IVAN

CC: 1096948194



Hace constar:

Que el Sr(a) SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096948194 realizó el día 31/07/2023 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096948194 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 -

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/07/2023SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 1116784616
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1116784616	LILA SABRINA CABRERA GAMEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	318	19/07/2023	CC 1096948194	BARAJAS CASTELLANOS SERGIO	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FRT15_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

25799EB854C1B35046114BC27EED7BB8

Certificado impreso el día 7/18/2023 10:16:55 PM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA DE CALIDAD

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

SERGIO IVAN

BARAJAS CASTELLANOS

1096948194

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.



CERTIFICADO

**SARAVENA,
ARAUCA,
COLOMBIA,
SENA**

05/07/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1096948194**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	506100215819
Fecha de apertura	24/01/2020

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4602776520

PÓLIZA No: 460-47-994000067613 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CAOBOS**

COD. AGENCIA: 460 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
18 07 2023
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
18 07 2023
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **1096.948.194**

DIRECCIÓN: **C R 8 17 A 04**

CIUDAD: **SARAVENA, ARAUCA**

TELÉFONO: **3138610410**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL ARAUCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL ARAUCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA
19/07/2023 14/04/2024

SUMA ASEGURADA
1,586,200.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - **SENA REGIONAL ARAUCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO COI.PCCNTR.5230165 DE FECHA 18/07/2023 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES PARA EL PROGRAMA DE TITULADA Y COMPLEMENTARIA DURANTE LA VIGENCIA 2023, BAJO LA MODALIDAD POR HORAS EN EL ÁREA DE ACTIVIDAD FISICA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***1,586,200.00**

VALOR PRIMA:
\$ ***25,000**

GASTOS EXPEDICION:
\$***11,000.00**

IVA:
\$ ***6,840**

TOTAL A PAGAR:
\$ ***42,840**

NOMBRE INTERMEDIARIO
MAYERLY GARRIDO MARTINEZ

CLAVE
9938

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCION Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS - CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

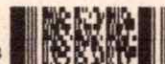


FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADE207A0808FA7B5D

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com



Ahorra Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 01 de agosto 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:

NUIP - NIP	1157967662	1157967662	José Adrian Barajas Vergel	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,

FIRMA

Nombre: SERGIO IVAN BARAJAS CASTELLANOS

C.C. 1.096.948.194 DE MÁLAGA SANTANDER



59564409

NUIP		1157967662		CIVIL		Indicativo Serial		59564409																														
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina																																						
Registraduría		☒		Notaría		☐		Número		☐		Consultado		☐		Corregimiento		☐		Inspección de Policía		☐		Código		E		A		M								
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																																						
COLOMBIA - ARAUCA - SARAVERA SARAVERA. HOSP. DE SARARE SAN RICARDO DE PAMAPURI *****																																						
Datos del Inscrito																																						
Primer Apellido															Segundo Apellido																							
BARAJAS *****															VERGEL *****																							
Nombre(s)																																						
JOSÉ ADRIAN *****																																						
Fecha de nacimiento															Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo					Factor RH													
Año		2		0		1		9		Mes		A		B		R		Día		0		2		MASCULINO					O					POSITIVO				
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																																						
COLOMBIA - ARAUCA - SARAVERA *****																																						
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos															Número certificado de nacido vivo																							
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****															15469907-4 *****																							
Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)																																						
Apellidos y nombres completos																																						
VERGEL VELAZCO DEISY JACQUELIN *****																																						
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad																							
CC No. 1115738944 *****															COLOMBIA *****																							
Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)																																						
Apellidos y nombres completos																																						
BARAJAS CASTELLANOS SERGIO IVAN *****																																						
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad																							
CC No. 1096948194 *****															COLOMBIA *****																							
Datos del declarante																																						
Apellidos y nombres completos																																						
BARAJAS CASTELLANOS SERGIO IVAN *****																																						
Documento de identificación (Clase y número)															Firma																							
CC No. 1096948194 *****																																						
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															Nombre y firma del funcionario que autoriza																							
Año		2		0		1		9		Mes		A		B		R		Día		0		2		 EDGAR EDUARDO NIETO PEÑARANDA Nombre y firma														
Reconocimiento paterno															Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento																							
Firma															Nombre y firma																							
ESPACIO PARA NOTAS																																						
 REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 24333323-7																																						