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	Febrero de 2024
Versión	ENERO 2024 - 1,24
ID de Proceso	18165-709849

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA | **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** CORRIENTE | **Nº Cuenta** 43311186660

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: 5865025/2024 | **Nº Compromiso SIIF** 20324

Valor Total del Contrato	$ 47.185.926	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.185.926	**1**	**Del** 06/02/2024	**Al** 29/02/2024	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.720.381		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria, de las

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.368**		**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 9.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 875.123	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.368,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	38.219,00	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS 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,

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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

TATIANA LENKE MATALLANA ROA

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Bogotá, 19 de Febrero de 2024

Señor:
BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS
CC. 93356717
MZ J CA 17 BRR BRISAS DE VASCONIA - 2652920
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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
BERGAÑO TORRES MARIA JOSE	1104936021	C	Oct-18-2005	405	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BERGAÑO TORRES ANGIE NATHALIA	1104943398	T	Abr-8-2008	292	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BERGAÑO TORRES ALEJANDRA	1104945365	T	Jul-16-2009	234	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BERGAÑO MENESES JOSE DAVID	1110588233	C	May-10-2000	675	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-30-2023	Exclusión por pérdida de Calidad de Beneficiario	Ninguna
TORRES GONZALEZ DIANA MARCELA	28552763	C	Ago-22-2007	328	26	CONYUGE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BERGAÑO TRIVIÑO JUAN CARLOS	93356717	C	May-10-2000	629	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	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	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
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
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,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A

Elaboró: Edna Yamile Quintero Paez - Consultor call center

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 21 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO** identificado con **CC** No. **93356717**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 09/03/2011 **Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA

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): 202401012552497.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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:	**4531435846**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997497102

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 268.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 268.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 210.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 210.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 479.000**
VALOR MORA:	**$ 8.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 487.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93356717
ON SOCIAL:			JUAN CARLOS BERGANO TRIVIÑO
IO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
	MAZ J CASA 17 BRISAS DE VASCONIA	TELÉFONO:	2685449
E:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ENTACIÓN:	ÚNICO		
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4531435846**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	20		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/01/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997497102

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	25-14 COLPENSIONES	1	$ 264,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,800	$ 0	$ 264,000	$ 4,800	$ 268,800
										$ 264,000	**$ 4,800**	**$ 268,800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 206,300	$ 0	$ 3,800	$ 0	$ 206,300	$ 3,800	$ 0	$ 210,100
													$ 206,300	**$ 3,800**	**$ 0**	**$ 210,100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8,700	$ 8,700	$ 200	$ 0	$ 8,900
									$ 8,700	**$ 200**	**$ 0**	**$ 8,900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																							PENSIÓN								SALUD						ARP												
																										FSP		APORTES VOLUNTARIOS																				
OMBRES	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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
GANO VIÑO N RLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.650.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,650,000	$ 264,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264,000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,650,000	$ 206,300	$ 0	$ 206,300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,650,000	$ 93356717	$ 8,700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 487.800**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

DIAN

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	9 3 3 5 6 7 1 7	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		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 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		

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

Usuarios 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado Bancario

Martes 20 de febrero de 2024

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO 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.

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93356717 realizó el día 19/02/2024 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 JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93356717 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) JUAN CARLOS BERGAÑO TRIVIÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93356717 el día 19/02/2024 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

Bogota, 20 de febrero de 2024

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

ULA DE
DADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.104.936.021



Apellidos
BERGAÑO TORRES

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F

Fecha de nacimiento
25 SEPT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
04 OCT 2022, IBAGUE

Fecha de expiración
04 OCT 2032

Maria Jose

Powered by CamScanner



I<COL0060742348290 01<<<<<<<<<<<<
0409256F3210042COL1104936021<9
BERGANO<TORRES<<MARIA<JOSE<<<<

Powered by CamScanner

ORGANIZACION 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 número)	Nacionalidad
CC 28,552,763 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

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

Documento de identificacion (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 * * * *	X

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

© ACGM S.A. NIT 830 321 151-0

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN 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 Sanguineo	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	Numero 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 RAMIOS 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 —

U 2 0 7 3 6 4 7 4 *