SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**54303-450547**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR HERNANDO GUTIERREZ CALVETE	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.076.577	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ohgutierrez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29067228276
IP/Nº de contacto:	3014500411	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6464143/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**145424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO PL 500 H VR 38553

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.276.500
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 19.276.500
Valor Bruto Pago:	**$ 3.469.770,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.806.730

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.469.770	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.887.306	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.357.076**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.308.268**	**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		----------	**30530396**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.387.908	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 173.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 222.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 14.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 535.708	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 1.103.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.308.268,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.469.770,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2902008 To.Operación turística Fecha: Julio 08,09,10,11,16,17,18,22,23. Horas 90

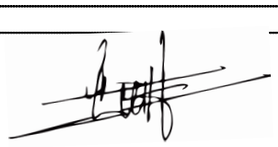
Ficha: 2902008 To. Operación turística, Fecha: Julio 08,09,10,11,16,17,18,22.Horas 50

Total de Horas ejecutadas: 90 Horas

Se anexan planillas de seguridad Social No.30110586 y No.30530396

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



OSCAR HERNANDO GUTIERREZ CALVETE
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,



JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
INSTRUCTOR

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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/08/24 08:48:35 USUARIO: SIC - C.C. 91076577

CE-006 - 0000000100 – 2024

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 91076577
NOMBRES Y APELLIDOS	Gutierrez Calvete,Oscar Hernan
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIóN AL REGIMEN	06/08/2021
ESTADO DE AFILIACIóN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gutierrez Calvete,Oscar Hernan, a los 23 días del mes de julio del año 2024.

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OSCAR HERNAN GUTIERREZ CALVETE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91076577,** se encuentra afiliado/a desde **31/08/2017** 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 23 de julio 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898084767

(415)7707212489984(8020) 000001489808476 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 0 7 6 5 7 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 1 0 7 6 5 7 7	1 9 9 6 0 6 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	CALVETE	OSCAR	HERNAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal
CR 9 17 52

42. Correo electrónico OSCARGUTIERREZ593@GMAIL.COM

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 3 1 0	2 0 0 4 0 6 0 1	4 6 4 2	2 0 2 3 0 2 0 1				2 4 1 9	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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 2023 - 02 - 22 / 15 : 05: 30

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 GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

RAZóN SOCIAL :	OSCAR HERNAN GUTIERREZ CALVETE
IDENTIFICACIóN:	CC-91076577
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIóN REPORTE:	2024-07-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-18
FECHA DE PAGO:	2024-07-05
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIóN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30110586
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30110586
TIPO DE PLANILLA:	I

CóDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500	$ 370.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/08/2024

RAZóN SOCIAL :	OSCAR HERNAN GUTIERREZ CALVETE
IDENTIFICACIóN:	CC-91076577
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-07-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-18
FECHA DE PAGO:	2024-07-26
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIóN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30530396
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30530396
TIPO DE PLANILLA:	N

CóDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.600	$ 13.700
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.600	$ 13.700
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.600	$ 13.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/08/2024

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.804

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	06 MES	2024 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS	CC	91076577
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

VALORACION CARDIOVASCULAR	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACION MEDICO CARDIOVASCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : EN SITIO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES AL DIA	HACER DEPORTE : 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, EVALUACION OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ALTERACION METABOLICA DEL PESO CORPORAL DADA POR SOBREPESO, SE RECOMIENDA CAMBIO DE HABITOS ALIMENTICIOS Y EJERCICIO FISICO. REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE OPTOMETRIA CON DEFECTOS REFRACTIVOS VISUALES QUE CORRIGE CON LENTES DE CORRECION VISUAL SE RECOMEINDA INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMILOGICA DE RIESGO VISUAL , REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. REPORTE DE PSICOLOGIA SIN FLUCTUACIONES EN EL ESTADO DE ANIMO. PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADO.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

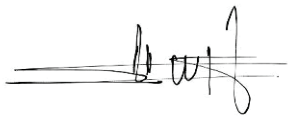
R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 00458 SSS

Código de Seguridad

V18B1H43804

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN

CC: 91076577

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, **OSCAR HERNAN GUTIERREZ CALVETE** iden?ficado con **CC** No. **91076577**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/06/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 26/06/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automá?ca la novedad de re?ro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.posi?vaenlinea.gov.co , para con?nuar con la cobertura.

Para validar la información emi?da en este cer?ficado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016346794.

Esta cer?ficación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de junio 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

Certificado Bancario

Martes,22 de Julio 2024

Señor(a)
AQUIENPUEDAINTERESAR

BANCOLOMBIAS.A.sepermiteinformarqueOSCARHERNANGUTIERREZCALVETEidentificado(a) conCC91076577,alafechadeexpedicióndeestacertificación,tieneconelbancolossiguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	29067228276	2011/02/28	ACTIVA

***Importante:** Estaconstanciasolohacereferenciaalosproductosmencionadosanteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior:España(34)900995717-EstadosUnidos(1)18663799714.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101020335	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
26	06	2024	25	06	2024	00:00	13	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :91,076,577
DIRECCIÓN:	CRA 9 17 54	CIUDAD: SAN GIL - SANTANDER	TELÉFONO: 3014500411

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 22 9 82	CIUDAD: SAN GIL - SANTANDER	TELÉFONO: 6077248113
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.6464143 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS EN EL ÁREA TEMÁTICA VENTAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/06/2024	13/04/2025	$ 1,927,650.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,927,650.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101020335

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

901470258

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) OSCAR HERNANDO GUTIERREZ CALVETE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91076577 realizó el día 25/07/2024 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:

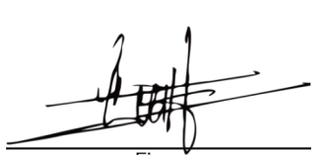
Yo OSCAR HERNANDO GUTIERREZ CALVETE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91076577 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) OSCAR HERNANDO GUTIERREZ CALVETE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91076577 el día 25/07/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

San Gil, Agosto 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 contratita de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artí ulo 387 del Estatuto Tributario y el artí ulo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a contin ación, tiene(nla calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1.097.117.398	ALANA MARGARITA GUTIERREZ BELTRAN	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

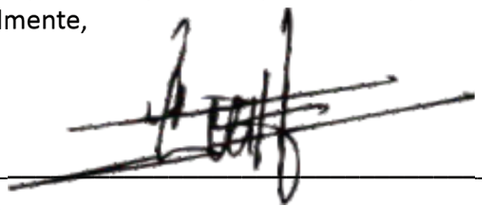
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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 mensu ales, que me asiste en virtud de la normatvidad 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: Oscar Hernán Gutierez Calvete

C.C. 91076577 San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1097117398

Indicativo Serial: 52682533

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: [ ] Notaría: [X] Número: 07 Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] Código: Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	BELTRAN

Nombre(s): ALANA MARGARITA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 26	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11418554-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BELTRAN GONZALEZ ZAYRA JHOLIMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.37.898.177 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 91.076.577 DE SAN GIL	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ CALVETE OSCAR HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 91.076.577 DE SAN GIL	Oscar Hernán Gutierrez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Septima
Firma
Bucaramanga
DPTO DE SANTANDER

01 OCT 2012

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes SEP Día 27	JOHANNA SARMIENTO PEQUEDA NOTARIA SEPTIMA (E) CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

J.S.S.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Oscar Hernan Gutierrez Calvete						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	San Gil	FECHA	Agd5td de 2024	REGIONAL	Santander	91.076.577
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Centro Agroturistico				
NUMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.P CCNTR.G4G4143de 2024				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	X	TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Franklin Rolando Chacon Lopez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Martha Yolanda Cruz Jimenez	
ENTREGA CARNÉ (a Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Johon Fredy Sanabria Muñoz	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de [illegible])	X	Silvia Alejandra Perucho Serrano	
CONTABILIDAD	X	Zaida Leny Melgarejo Ballesteros	
TESORERIA	X	Nelcy Mabel Mayorga Pinto	
COORDINACIÓN DE: AREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Johon Fredy Sanabria Muñoz	
BIBLIOTECA	X	Yudith Milagros Martinez Bautista / Liduvina Cortes Duran /Andrea Juliana Celis / Mariana Higuera Bautista	
OTRO (LIDER SIGA)	X	Zaida Jeleidy Garcia Jaimes	
OTRO (AMINISTRACION EDUCATIVA)	X	Erika Johana Gómez Verdugo	
APOYO AL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS	X	Eileen Erlensi Hurtado Ariza / Omar Alonso Lizarazo Vargas	
APOYO NOVEDADES	X	Silvia Fernanda Calderon Porras	
APOYO ETAPA P RODUCTIVA	X	Karen Andrea Garcia Carreño	
APOYO SUPERVISION DE CONTRATOS	X	Nelson Fabian Duarte Peñaloza	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Johon Fredy Sanabria Muñoz	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES P ENDIENTES(Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 91076577 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 95410000021

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 16 de Agosto de 2024 a las 10:36:23