

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	98373-965458
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		WILLIAM DELGADO VARGAS		C.C.
Correo electrónico contratista:		wdelgadov@sena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		Es declarante de renta?
		NO		Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		Inducción SST
				SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
		Tipo de cta		N° Cuenta
		AHORROS		24066403535
		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:	5396808/2023		N° Compromiso SIIF	208423
Valor Total del Contrato	\$ 9.903.600	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.903.600	1	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 7.074.000		05/10/2023	31/10/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el centro de formacion en la red de conocimiento hoteleria y turismo en el área temática turismo		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.829.600		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.829.600		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.662.030		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	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.662.030,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	8626848822	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.829.600,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.160.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 185.600	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ 0		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ 0		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Sobretasa Bomberil	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 282.960		0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 554.010	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$2.829.600,00
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FICHA: 2867735 PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: Sensibilización al turismo de aventura				
COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: Atender usuarios de acuerdo a políticas de servicio				
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: Reconocer los atractivos, facilidades y planta turística más relevantes de la localidad, teniendo en cuenta				
FECHA DE INICIO: 23/10/2023 FECHA DE FINALIZACIÓN: 26/10/2023 TOTAL HORAS FICHA: 40				
FICHA: 2867763 PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: Sensibilización al turismo de aventura				
COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: Atender usuarios de acuerdo a políticas de servicio				
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: Atender sugerencias, inquietudes, necesidades y requerimientos referidos con el turismo de naturaleza según				
FECHA DE INICIO: 26/10/2023 FECHA DE FINALIZACIÓN: 31/10/2023 TOTAL HORAS FICHA: 40				
TOTAL HORAS MES: 80				
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.				
WILLIAM DELGADO VARGAS 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.				
OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO 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				
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILLIAM DELGADO VARGAS identificado(a) con CC 91079383 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2012
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER (CES)
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de septiembre 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



RAZON SOCIAL :	WILLIAM DELGADO VARGAS
IDENTIFICACION:	CC-91079383
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-10-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-10-20
FECHA DE PAGO:	2023-09-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERIODO PENSION:	2023-09
PERIODO SALUD:	2023-09
NUMERO PLANILLA:	8626848822
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8624343051
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 966.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 120.900	\$ 120.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 966.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 154.700	\$ 154.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 966.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.100	\$ 10.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.700	\$ 285.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/11/2023
----------------------------------	------------

**PINZON VARGAS SALUD OCUPACIONAL**

Nit: 1098769691-8

Dirección: Calle 11 # 10 26 consultorio 206

Tel: 607 7243269 - Cel: 312 397 5030

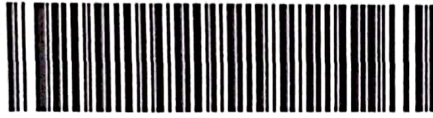
Email: pinzon.vargas.2021@gmail.com

Web: www.sangilsaludocupacional.com

San Gil - Santander

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 20.976**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	09 MES	2023 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
				SENA			
				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)							
DELGADO VARGAS WILLIAM				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 28 DÍAS	CC	91079383
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo 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 EVALUARÓN 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:							
AUDIOMETRÍA ✓				CUADRO HEMATICO ✓			
OPTOMETRÍA ✓				PSICOLOGIA ✓			
GLICEMIA ✓				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR ✓			
PERFIL LIPIDICO ✓				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE ADECUADAS POSTURAS ERGONÓMICAS.							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: PINZON VARGAS SEBASTIAN				Nombre: DELGADO VARGAS WILLIAM			
R. M.: 1098769691 L.S.O.: 0596				Código de Seguridad Q1457W1C20976 CC: 91079383			



202309060037



LABORATORIO CLÍNICO
LIGIA VARGAS CH.

CALLE 11 #10 - 26 CONS. 209
315 3137009 - 7243269
LABLIVARGAS@GMAIL.COM
SAN GIL - SANTANDER

INFORME / REPORT

Paciente / Patient:	DELGADO VARGAS, WILLIAM	Fecha de Ingreso/Date:	06/09/2023 07:20:34 am.
Id Paciente/ Patient Id:	91079383	Fecha de Impresión/Print Date:	06/09/2023 02:46:56 pm.
Edad/Age:	40 Años	Doctor / Physician	VARGAS LIGIA
Fecha Nac./Birthday:	07/01/1983	Eps	SALUD OCUPACIONAL
Sexo/Sex:	Masculino/Male		

QUIMICA

ESTUDIO STUDY	RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
GLUCOSA PRE	91	mg/dL	70 - 100

Técnica: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

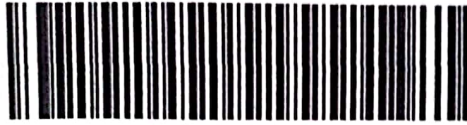
COLESTEROL TOTAL	200	mg/dL	1 - 200
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	99	mg/dL	1 - 100
TRIGLICERIDOS	185	mg/dL	1 - 150
COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)	64	mg/dL	35 - 60

Método: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15

Bacterióloga UDES
RETHUS 37899214

06/09/2023 11:18:41 am. Validado por: JOHANNA LIZETH ACOSTA WANDURRAGA

* = Resultado fuera del rango de referencia



202309060037

LABORATORIO CLÍNICO
LIGIA VARGAS CH.CALLE 11 # 10 - 26 CONS. 209
SIS 1137309 - 7243269
LABORATORIO@GMAIL.COM
SAN GIL - SANTANDER

INFORME / REPORT

Paciente / Patient: DELGADO VARGAS, WILLIAM
Id Paciente / Patient Id: 91079383
Edad / Age: 40 Años
Fecha Nac. / Birthday: 07/01/1983
Sexo / Sex: Masculino / Male

Fecha de Ingreso / Date: 06/09/2023 07:20:34 am.
Fecha de Impresión / Print Date: 06/09/2023 02:46:56 pm.
Doctor / Physician: VARGAS LIGIA
Eps: SALUD OCUPACIONAL

HEMATOLOGIA

ESTUDIO STUDY	RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
HEMOGRAMA			
RECuento DE LEUCOCITOS (WBC)	6.22	10 ³ /uL	4.50 - 11.00
NEUTROFILOS	3.96	10 ³ /uL	2.50 - 7.50
LINFOCITOS	1.66	10 ³ /uL	1.30 - 4.00
MIXTOS	0.59	10 ³ /uL	0.15 - 0.70
NEUTROFILOS (GRA%)	63.80	%	50.00 - 75.00
LINFOCITOS (LYM%)	27	%	25 - 40
MIXTOS (MID%)	9.50	%	3.00 - 7.00
RECuento DE GLOBULOS ROJOS (RBC)	5.22	10 ⁶ /uL	4.33 - 5.78
HEMOGLOBINA (HGB)	15.3	g/dl	15.0 - 17.0
HEMATOCRITO (HCT)	47.4	%	37.0 - 49.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	91	fl	80 - 97
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	29.20	pg	26.50 - 33.50
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	32.20	g/dl	31.70 - 34.20
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA DS (RDWs)	36.20	fl	36.20 - 49.70
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA (RDWcv)	12.1	%	11.3 - 16.7
RECuento DE PLAQUETAS (PLT)	240.00	10 ³ /uL	156.00 - 342.00
PLAQUETOCRITO (PCT)	0.22	%	0.16 - 0.36
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	9.00	fl	8.00 - 15.00
ANCHO DISTRIBUCION DE PLAQUETAS CV (PDWc)	37.80	%	37.80 - 43.60
OBSERVACIONES MICROSCOPICAS	.		

Recuento diferencial manual: PMN: 65% Linfocitos: 25% Monocitos: 9% Eosinofilos: 1%

REVISOR: LIGIA VARGAS CH.
Bacteriología
Unidad de Farmacia

06/09/2023 02:11:20 pm. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

* = Resultado fuera del rango de referencia



EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre y apellido: William Delgado Vargas

Ocupación: Instructor

Edad: 40 años

Fecha del informe: 06 de septiembre del 2023

Vigencia de prueba: 1 año.

Técnicas de exploración administradas:

- Observación de la conducta
- Test de Wartegg

El evaluado se presenta a la entrevista con atuendo adecuado y buena higiene personal, es espontáneo en su modalidad de contacto, desenvolviéndose con naturalidad a lo largo del proceso de evaluación. Es flexible, lleva el ritmo de conversación que se le impone y es directo al responder; denotando un discurso claro y organizado.

Indica capacidad para adaptarse al medio y para asumir sus espacios, potencialidades y limitaciones; persona racional, formal, realista, objetiva y práctica; puede entablar una buena relación a nivel superficial, pero sin involucrarse afectivamente. Respecto a sus recursos internos, evita profundizar en la elaboración de sus contenidos más profundos, pero actúa adecuadamente a nivel práctico.

Es característico de ser decisivo, firme, asertivo, dinámico, con actitud asertiva y con facilidad para canalizar energía. Se deduce que la elaboración intelectual de la examinada se da con mayor facilidad en el proceso asociativo y con cierta dificultad en el proceso sintético. Indica dependencia del medio; sin embargo, presenta alto compromiso con valores y pasividad frente a las normas.

Se concluye que en su valoración mental y social puntúa dentro del promedio, lo que le permite desarrollar sus actividades a nivel familiar, social, académico y laboral.

Angy P. Bautista G.
Ψ **Psicóloga Clínica**
Universidad Pontificia Bolivariana
T.R. 219781

ANGY PAOLA BAUTISTA GELVES
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
PS219781

Pinzón Vargas - Salud Ocupacional

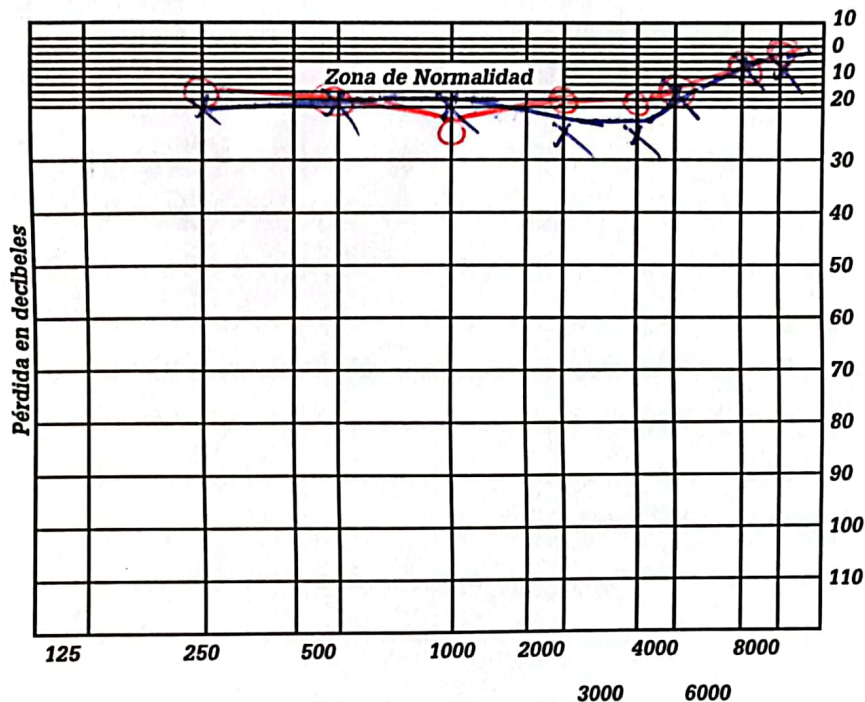
Fonoaudiología
CALLE 11 No. 10-26
CONSULTORIO 206 SAN GIL

SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA ESTUDIO AUDIOLOGICO

Nombre William Delgado Vargas Edad 40 Fecha Sept 6 / 23

Remitido por _____ Equipo BELTONE 112

Historia No. 91.074.383 ESCALA: Americana () Internacional ()



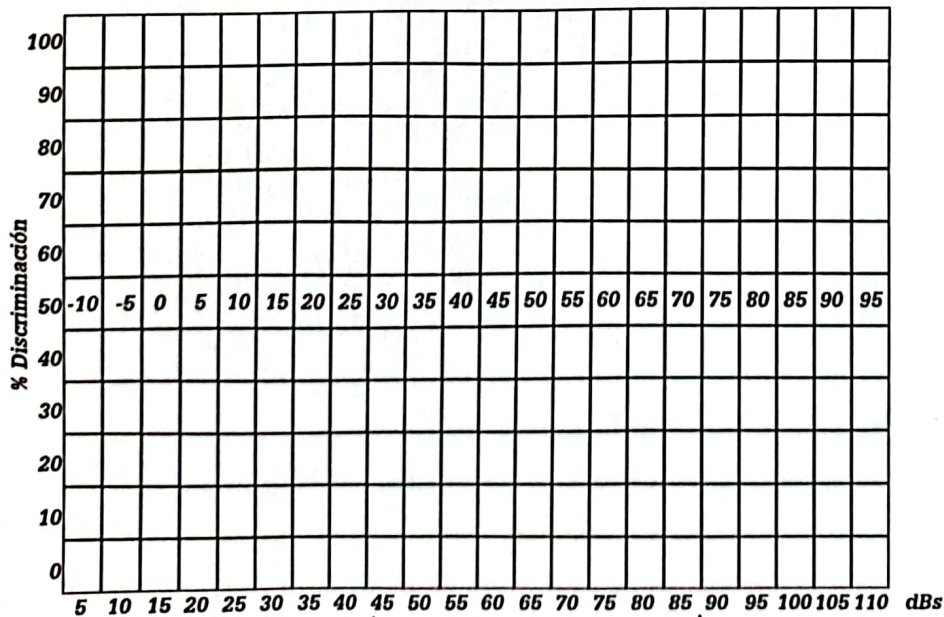
	O.D.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.			
Con Lateral y sin ensordecim.			
Con ensordecim. sin Lateraliza			
Con ensordecim. y con Lateraliza			

	O.I.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.			
Con Lateral y sin ensordecim.			
Con ensordecim. sin Lateraliza			
Con ensordecim. y con Lateraliza			

Promedio Pérdida O. D. _____

Promedio Pérdida O. I. _____

LOGOAUDIOMETRÍA



	O.D.	O.I.
Umbral Voz		
Umbral Palabra		
50% Discriminación		
100% Discriminación		

William Delgado Vargas
Fonoaudiólogo (a)

Observaciones: Sensibilidad auditiva normal 00 y 01



OPTICA IMPERIAL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

CRA 9 No. 11 - 51
San Gil - Santander
Teléfono: 3102466680

OPTOMETRIA

NOMBRE: WILIAM DELGADO VARGAS

FECHA: 06/09/2023

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91079383

EDAD: 40 AÑOS

CELULAR: 3183806503

OCUPACIÓN: Instructor sena

ULTIMO CONTROL: HACE 1 AÑO Y MEDIO APROX.

MOTIVO DE CONSULTA : Pct no usuario de RX óptica , presenta leve irritación.

ANTECEDENTES MÉDICOS: No reporta

EXAMEN

AV VL SC:

OD: 20/20 OI: 20/20 AO: 20/20

AV VP SC:

OD: 0.50 M OI: 0.50 M AO: 0.50M

LENSOMETRIA

RX

OD:-

OI: -

ADD: _____

AV CC VL

OD:-

OI: - AO: -

Y VP

OFTALMOLOGÍA

OD: excavación 0.3, papila redonda

OI: excavación 0.3, papila redonda

EXAMEN EXTERNO:

OD: Hiperemia + generalizada , crecimiento fibrovascular nasal OI: Hiperemia + generalizada

REFRACCIÓN FINAL

OD: +0.50

AV: 20/20

OI: +0.50

AV: 20/20

ADD: _____

AV: _____

CT: VL: ortho

VP 40CM:

exoforia

VP 20CM: ortho

VL:

VP:

PPC: 8-10-12

DUCCIONES: normales

VERSIONES: normales

OBSERVACIÓN: Pausas activas cada 20 minutos

DIAGNOSTICO: H520 Hipermetropia baja AO

PLAN: control en 1 año, Freegen cada 6 horas , aplicar 1 gota en cada ojo hasta terminar frasco.

No se envía corrección óptica por el momento, paciente con buena condición visual lejana y cercana.

Dra. Neyla Rocío Alfonso Chanagá
Optómetra - I. STA
Reg. 1.234.338.593



Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAM DELGADO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91079383 realizó el día 17/10/2023 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 WILLIAM DELGADO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91079383 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.

William Delgado U.

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

**Agencia Pública
DE EMPLEO**

Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAM DELGADO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91079383 el día 22/10/2023 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



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 **WILLIAM DELGADO VARGAS** con **CC No. 91079383**, 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: 21/09/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 21/09/2023 Fecha fin de Contrato: 16/12/2023 Clase de Riesgo: 5 Cargo : OTRAS OCUPACIONES 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): 202301020481714.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente

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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

WILLIAM DELGADO VARGAS

Identificado con CC 91079383

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SAN GIL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24066403535
Fecha de apertura:	9 de Septiembre de 2016
Saldo disponible:	\$12,867.00
Saldo total a la fecha:	\$17,867.00
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a Sena CentroAgroturistico, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 22 de Octubre de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Identificación del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.5396808
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	19 días de tiempo transcurrido (20/09/2023 5:19:09 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Número del contrato	CO1.PCCNTR.5396808
Objeto del contrato	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el centro de formacion en la red de conocimiento hoteleria y turismo en el área temática turismo
Tipo de Contrato	Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato?	☐ Si ☒ No
Duración del contrato	280 Hora(s)
Fecha de inicio de contrato	4 días de tiempo transcurrido (5/10/2023 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de terminación del contrato	16/12/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☐ Si ☒ No *
Obligaciones Ambientales	☐ Si ☒ No *
Obligaciones pos consumo	☐ Si ☒ No *
Reversión	☐ Si ☒ No *

Información de la Entidad Estatal contratante

 **SENA REGIONAL SANTANDER Grupo Administrativo CA**

COLOMBIA, San Gil

★★★★★

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

 **William Delgado Vargas**

COLOMBIA, San Gil

Número de documento 91079383

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
William Delgado Vargas	Banco Caja Social	Ahorros	24066403535

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado William Delgado por: Vargas Fecha de aprobación: 21/09/2023 8:50:04 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado Juan Manuel por: Castillo Calderon Fecha de aprobación: 21/09/2023 9:25:38 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato Firmado: [CO1_PCCNTR_5396808_Firmado](#)
Contrato en ejecución:

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020
-----------------	----	---

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	☐ Si ☒ No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos
---	--	---

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	☐ Si ☒ No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.
--	--	---

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega: Transporte incluido

El contrato puede ser prorrogado ☒ Si ☐ No

Fecha de notificación de prorrogación -

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ☒ Si ☐ No

Garantías por lotes, grupos o etapas ☐ Si ☒ No

Cumplimiento ☒ Si ☐ No

☒ Cumplimiento del contrato
☒ % del valor del contrato

10,00

Fecha de vigencia (desde)

18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

☐ Valor de la garantía

Fecha de vigencia (hasta)

16/04/2024 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Responsabilidad

civil extra ☐ Sí ☒ No
contractual

Fecha límite

para entrega de garantías: 18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Fecha de entrega de garantías: 18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 4:36:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Erisor	Fecha fin	Estado
CO1.WRT.12513283	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	990.360,00 COP	Seguros del estado S.A	16/04/2024 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aprobado Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐ Sí ☒ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 15 días

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.5396808

Proveedor William Delgado Vargas

Creado por

Agregado en -

Comentario

Anexos del contrato

Descripción	Nombre
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados	

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 22 Nro. 9-82

Ubicación CO-SAN-68679 - San Gil

País COLOMBIA

Departamento Santander

Municipio San Gil

Dirección Calle 22 Nro. 9-82

Código postal

Grados (°)

Minutos (")

Segundos (")

Latitud:

Longitud:

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	Jurisdicción del Centro Agroturístico en la provincias Guanenta y Comunera	COLOMBIA > Santander > San Gil

1	CO1.PONTR.5396808
1.1	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

							Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
							9.903.600,00
Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1	8011600	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento hotelería y turismo en el área temática turismo.	1,00	UN	19.453.500,00	9.903.600,00	9.903.600,00

Configuraciones de documentos del proveedor

Plazo máximo para el proveedor entregar los documentos de adjudicación: 18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de entrega de documentos del proveedor: 18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 8:50:03 AM/UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Documentos del contrato

Descripción	Nombre del documento	Detalle
FFFGTH_F_110_Lista_de_Chequeo_verificación_Documentos_Contrato_V04.pdf	FFFGTH_F_110_Lista_de_Chequeo_verificación_Documentos_Contrato_V04.pdf	(detalle)
GTH-F-077FormatoMinutaContratoPrestaciondeServiciosV15.pdf	GTH-F-077FormatoMinutaContratoPrestaciondeServiciosV15.pdf	(detalle)
Anexo 1 Estudio Previo Idoneidad y Capacidad William Delgado.pdf	Anexo 1 Estudio Previo Idoneidad y Capacidad William Delgado.pdf	(detalle)
Verificacion directiva presidencial William Delgado.pdf	Verificacion directiva presidencial William Delgado.pdf	(detalle)
Acta 74 evaluacion vacante individual-.pdf	Acta 74 evaluacion vacante individual-.pdf	(detalle)

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	Juan Manuel Castillo Ca	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	91512274	Guardar y notificar
Supervisor	Oscar William Vergara F	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	1100393567	Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago Juan Manuel Castillo Ca Tipo de documento Cédula de Ciudadanía Número de documento 91512274 Guardar y notificar

Anreñar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Supervisor	Oscar William Vergara Romero	5 días de tiempo transcurrido (4/10/2023 8:04:36 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Juan Manuel Castillo Calderon
Ordenador del Gasto	Juan Manuel Castillo Calderon	18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 9:25:39 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Juan Manuel Castillo Calderon
Supervisor	SERGIO IVAN VARGAS TANGUA	18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 9:25:39 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Juan Manuel Castillo Calderon
Ordenador del pago	Juan Manuel Castillo Calderon	18 días de tiempo transcurrido (21/09/2023 9:25:39 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Juan Manuel Castillo Calderon

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz

☐ Si☒ No *

Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto

Inversión

Fuente de los recursos:

Presupuesto General de la Nación - PGN

9.903.600

Sistema General de Participaciones - SGP. No Incluye AESGPRI

0

Sistema General de Regalias - SGR

0

Recursos Proprios (Alcaldías y Gobernaciones)

0

Recursos de Crédito

0

Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas, Asignación Especial SGP para Resguardos Indígenas - AESGPRI)

0

Total

9.903.600

Validación Código BPIN

Código BPIN	Año	Estado
☐ 2018011000764	2023	Validado

Código BPIN perteneciente al contrato

Código BPIN	Año	Estado
☐ 2018011000764	2023	Validado

Entidad Estatal registrada en el SIIF

☒ Si☐ No

Código de autorización

Código unidad/subunidad ejecutora

36-02-00-068-954110

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

Código	Tipo	Estado	Saldo	Saldo a comprometer	Código unidad/subunidad ejecutora	
☐ 523	CDP	Con Compromiso	4.942.601.515 COP	303.647.940 COP	36-02-00-068-954110	Editar
		Saldo de CDP	4.942.601.515 COP			
		Saldo de vigencias futuras	0 COP			
		Saldo total a comprometer	303.647.940 COP			
		Última consulta a SIIF	Exito			
		Fecha de consulta SIIF	25/07/2023 2:56 PM			

Compromiso presupuestal de gastos

Código compromiso	Tipo	Fecha compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso AVF/CDP	Monto por consumir	Monto presupuestal a liberar	Código Posición de Gasto	Consulta Ejecución
☐ 208423	Presupuestal (CDP)	21/09/2023 12:00 AM	Generado	9.903.600 COP	9.903.600 COP	-	C-3603-1300-14-0-3603025-02	SIIF Detalle Editar
		Saldo de compromisos CDP	9.903.600 COP					
		Saldo de compromisos AVF	0 COP					
		Saldo total comprometido	9.903.600 COP					
		Última consulta a SIIF	Exito					
		Fecha de consulta SIIF	9/10/2023 6:33 PM					

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BUCARAMANGA						SUCURSAL: BUCARAMANGA				COD. SUC: 96		NO. PÓLIZA: 96-46-101015223		ANEXO: 0		
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:			A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL			
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:						
21	09	2023	21	09	2023	00:00	16	04	2024	23:59						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DELGADO VARGAS WILLIAM								IDENTIFICACIÓN: C.C. :91,079,383			
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 29 - 10						CIUDAD: SAN GIL - SANTANDER				TELÉFONO: 3183806503	

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

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.5396808 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO HOTELERIA Y TURISMO EN EL ÁREA TEMÁTICA TURISMO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21/09/2023	16/04/2024	\$ 990,360.00
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 990,360.00	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 ÚNICAMENTE 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

SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
2. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
3. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
4. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
5. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
6. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
7. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
8. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
9. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
10. SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO



William Delgado U.

96-46-101015223

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101015223, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BUCARAMANGA, a los 21 días del mes de Septiembre de 2023

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010152230

FECHA					
CONTADO					
RECIBIMOS DE:	DELGADO VARGAS WILLIAM		C.C. C.C.:91,079,383		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101015223				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101015223 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216				EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 33,320.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010152230

FECHA					
CONTADO					
RECIBIMOS DE:	DELGADO VARGAS WILLIAM		C.C. C.C.:91,079,383		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101015223				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101015223 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216				EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 33,320.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101015223**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUIERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

Usuario Solicitante:

MHyacalder

YINI ALEXANDRA CALDERON DIAZ

Unidad ó Subunidad

36-02-00-068-

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Ejecutora Solicitante:

NACION

Fecha y Hora Sistema:

21/09/2023 12:00:00 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 523 de fecha 2023-01-10. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	208423	Fecha Registro:	2023-09-21	Unidad / Subunidad Ejecutora:		36-02-00-068-954110 CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	9.903.600,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	9.903.600,00	Saldo x Obligar:	9.903.600,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	91079383	Razón Social:	WILLIAM DELGADO VARGAS	Medio de Pago:	Abono en cuenta
--------------------------------------	----------	---------------	------------------------	----------------	-----------------

CUENTA BANCARIA

Número:	24066403535	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
---------	-------------	--------	------------------------	-------	--------	---------	--------

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	91512274	Nombre:	JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER
-----------------	----------	---------	-------------------------------	--------	---

CAJA MENOR**VIÁTICOS****DOCUMENTO SOPORTE**

Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	CO1.PCCNTR.5396808	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL ES	Fecha:	2023-09-21
-----------------	--	--------------------	--	------------------	----	-----------------------------	--	---------	--------------------	-------	--	--------	------------

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
954145 CENTRO AGROTURISTICO -	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y	Nación	10	CSF		9.903.600,00	0,00		
Total:						9.903.600,00	0,00	9.903.600,00	9.903.600,00

Objeto:	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO HOTELERIA Y TURISMO EN EL ÁREA TEMÁTICA TURISMO S/G RADCPPE No.
---------	---

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-12-31	9.903.600,00	9.903.600,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Sonia Maria
Sepulveda
PLataFirmado digitalmente
por Sonia Maria
Sepulveda Plata
Fecha: 2023.09.22
11:54:39 -05'00'



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de octubre 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:

T.I.	1101261986	Ana María Delgado Hurtado	HIJO
T.I.	1101623181	Erick David Delgado Hurtado	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,

William Delgado V.

Nombre: William Delgado Vargas

C.C. 91079383

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1101261986

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

39396801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA)*** * *** *

Datos del inscrito

Primer Apellido

DELGADO * * * * *

Segundo Apellido

HURTADO * * * * *

Nombre(s)

* * * * * ANA MARIA * * * * *

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 3 Mes M A R Día 3 1 FEMENINO * * * * * O * * * * POSITIVO

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

COLOMBIA * SANTANDER* SAN GIL * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO MÉDICO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

* * * * * 11645851-2 *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HURTADO ARIAS GLORIA MARITZA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 63.497.002 DE BUCARAMANGA * * * * *

Nacionalidad

*** COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DELGADO VARGAS WILLIAM * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 91.079.383 DE SAN GIL * * * * *

Nacionalidad

* * COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

•DELGADO VARGAS WILLIAM * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 91.079.383 DE SAN GIL * * * * *

Firma

William Delgado V.

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 3 Mes A B R Día 0 9

ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA

NOTARÍA PRIMERA DEL MUNICIPIO DE SAN GIL

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1101623181
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39364354

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	02	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	R	6	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA) *															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
DELGADO								HURTADO							
Nombre(s)															
ERICK DAVID															
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo Sanguíneo				Factor RH			
Año	2	0	0	6	Mes	D	I	C	Día	0	7	MASCULINO	A	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (HOSPITAL REGIONAL) *															

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo					
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO *										A 6261219 *					

Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
HURTADO ARIAS GLORIA MARITZA															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No 63.497.002 DE BUCARAMANGA *										COLOMBIANA *					

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
DELGADO VARGAS WILLIAM															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No 91.079.383 DE SAN GIL *										COLOMBIANA *					

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
DELGADO VARGAS WILLIAM															
Documento de identificación (Clase y número)										Firma					
CC No 91.079.383 DE SAN GIL *										William Delgado V					

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	0	6	Mes	D	I	C	Día	1	5	Notario			
										Nombre y firma 16178/06					

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -