SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**21 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**85701-096401**
No. de documento	**344580**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CESAR HERNANDEZ FLOREZ	**C.C.**	13.833.784	**IP/Nº de contacto**	3176383578
Correo electrónico contratista:	chernandezf@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	SI
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		60675393315	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3347272/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**14222**	
Valor Total del Contrato	$ 32.832.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.832.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.126.857,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.705.143		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 315 DÍAS, 1.000 HORAS VR HORA $ 32.832

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.126.857	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.126.857**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.993.328**	**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	----------	**9430857759**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.250.743	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 156.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 312.686	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 664.443	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.993.328,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.970.457,00	
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 - 8523	22.513,00	0,720%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.104.344,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Revisión de Alistamiento año 2022 fichas 2473710 - 2473721 y programación de reunión con la Red de Comercio y Ventas para actualizac
2.Se procedió a realizar una evaluación de conocimientos previos, a los aprendices de las ficha: 2473710 - 2473721
3.EL proceso de Formación se desarrolla de acuerdo lineamientos metodológicos de la institución.
4.Participar en el Proyecto denominado “Feria del Emprendimiento”
5.Se procede a evaluar los Aprendices de acuerdo con los criterios establecidos para cada Competencia.
6.Reunión con el Coordinador SENA; Se presentó un diagnóstico sobre el estado en que se recibieron las Fichas del Convenio ITAE – SENA
7.Inducción socializando con los aprendices el Reglamento que los rige dentro institución.
8.Capacitación Módulo 1: Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva Evaluación 2022.
9.Divulgación por redes sociales y correos electrónicos, promocionando portafolio servicios.

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.

CESAR HERNANDEZ FLOREZ
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,

JOSE MANUEL ARIZA ARIZA
INSTRUCTOR G16

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

LEONARDO HERNANDEZ SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13833784		HERNANDEZ FLOREZ CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 # 51 - 35 t 1apto 12-06 sotomayor	BUCARAMANGA-SANTANDER	6574510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1000000170	9430857759	I	2022/03/18	2022/02/14	BANCO BOGOTA	0	$163,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	13833784	HERNANDEZ CESAR		0	$0	$0	EPS037	30	$1,251,000	$156,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,251,000	$6,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,251,000	$156,400			$0	$0			$1,251,000	$6,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,600	$0	$0	$6,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,600	$0	$0	$6,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,400	$0	$0	$156,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$156,400	$0	$0	$156,400
TOTAL				1	$163,000	$0	$0	$163,000

2022/02/15 02:51 PM

Hace constar:

Que el Sr(a) CESAR HERNANDEZ FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13833784 realizó el día 24/01/2022 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 CESAR HERNANDEZ FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13833784 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

Bucaramanga, 21 de Febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Bucaramanga

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que SI obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.100)
e. Por el año gravable 2021, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga, a los veintiún (21) días del mes de Febrero de 2022.



CÉSAR HERNÁNDEZ FLÓREZ
C.C.13833784 Exp. Bucaramanga

Certificado
Bancario

Miércoles, 05 de enero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CESAR HERNANDEZ FLOREZ identificado(a) con CC 13833784, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60675393315	2004/06/24	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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731944034

(415)7707212489984(8020) 000001473194403 4

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	FLOREZ	CESAR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CR 23 51 35 TO 1 AP 1206 ED PIAZZALE 23 BRR SOTOMAYOR

42. Correo electrónico: hernandezflorezcesar@yahoo.com.co

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

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 3	2 0 1 8 0 1 0 1	7 0 1 0	2 0 1 7 0 4 2 5	0 0 2 0	8 5 4 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	5	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 21 / 09 : 36: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ FLOREZ CESAR
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14731944034

(415)7707212489984(8020) **000001473194403 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 8 3 3 7 8 4	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Oficina 0 8	Otras actividades empresariales ncp 7 4 9 9

162. Nombre del establecimiento: HERNANDEZ FLOREZ CESAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

165. Dirección: CR 14 35 26 OF 311 B BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 2 1 4 6	2 0 0 4 0 6 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 9 9 2 9 9 2	2 0 1 1 1 2 2 0

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CESAR HERNANDEZ FLOREZ, con Cédula Ciudadanía No. 13833784 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2022 y fecha hasta 15/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201011436577.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de enero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 23/01/2022 05:27:20 p. m.
ISCDC: 23/01/2022 05:27:20 p. m.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 91177987
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 91177987	LEONARDO HERNANDEZ SILVA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	197	01/02/2022	CC 13833784	HERNANDEZ FLOREZ CESAR	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

C65251AB23C3EAFC33CCC81B81F8F3C8 Certificado impreso el día 1/23/2022 12:03:26 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CESAR

HERNANDEZ FLOREZ

13833784

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work — Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2020

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work — Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650280185

PÓLIZA No: 465 - 47 - 994000004852 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	22	01	2022

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	22	01	2022

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **CESAR HERNANDEZ FLOREZ** IDENTIFICACIÓN: CC **13.833.784**

DIRECCIÓN: KR 23 51 35 APTO 1206 TO 1 BR NUEVO SOTOMAYOR CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 3176383578

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	01/02/2022	02/04/2023	3,283,200.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO CO1.PCCNTR.3347272 DE FECHA 1 DE FEBRERO DEL 2022 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,283,200.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA	9633	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000465028018

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADE25780D07FC7F57

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 76.466

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HERNANDEZ FLOREZ CESAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC	13833784
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
EXPERTO TEMATICO EN DISEÑO CURRICULAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
----------	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EJERCICIO FISICO / EMPLEO DE LOS EPP /CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL/ CUMPLIR CON LAS NORMAS, REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL/ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -19 /EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	SOLANO ARAQUE RICARDO	**Nombre:**	HERNANDEZ FLOREZ CESAR
R. M.:	9654 **L.S.O.:** 11412	**CC:**	13833784

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bucaramanga, Febrero 21 de 2022

Señores
SENA Regional Santander.
CSET
L.C

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 contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Tipo de Documento	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO
Cédula Ciudadanía	**1098801612**	**César Hernández Cáceres**	**Hijo**

Toda vez que:

- Es (son) mi(s) hijo(s) entre los 18 y 24años, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta, a quien soy el único progenitor que le financió su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente), para lo cual aporto el certificado expedido por la institución educativa. Universidad de Santander **UDES**

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 mi cónyuge Yaneth Cáceres Quiroga identificado (a) con la C.C. No. 63 310 197 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: CÉSAR HERNÁNDEZ FLÓREZ
C.C. 13 833 784 Expedida en Bucaramanga

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.801.612

HERNANDEZ CACERES
APELLIDOS

CESAR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1997

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-NOV-2015 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2700100-00783232-M-1098801612-20160114 0048004060A 1 45099537

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63310197**

CACERES QUIROGA
APELLIDOS

YANETH
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1963**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-1982 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59104761-F-0063310197-20020815 0545602226A 02 124801961

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**21 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**27341-703067**
No. de documento	**344580**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CESAR HERNANDEZ FLOREZ	**C.C.**	13.833.784	**IP/Nº de contacto**	3176383578
Correo electrónico contratista:	chernandezf@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	SI
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		60675393315	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3347272/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**14222**	
Valor Total del Contrato	$ 32.832.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.832.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al** **28/02/2022**	**$ 3.126.857,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.705.143		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 315 DÍAS, 1.000 HORAS VR HORA $ 32.832

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.126.857	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.126.857**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.993.328**	**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	----------	**9430857759**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.250.743	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 156.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 312.686	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 664.443	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.993.328,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.970.457,00	
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 - 8523	0,00	0,720%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.126.857,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Revisión de Alistamiento año 2022 fichas 2473710 - 2473721 y programación de reunión con la Red de Comercio y Ventas para actualizac
2.Se procedió a realizar una evaluación de conocimientos previos, a los aprendices de las ficha: 2473710 - 2473721
3.EL proceso de Formación se desarrolla de acuerdo lineamientos metodológicos de la institución.
4.Participar en el Proyecto denominado “Feria del Emprendimiento”
5.Se procede a evaluar los Aprendices de acuerdo con los criterios establecidos para cada Competencia.
6.Reunión con el Coordinador SENA; Se presentó un diagnóstico sobre el estado en que se recibieron las Fichas del Convenio ITAE – SENA
7.Inducción socializando con los aprendices el Reglamento que los rige dentro institución.
8.Capacitación Módulo 1: Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva Evaluación 2022.
9.Divulgación por redes sociales y correos electrónicos, promocionando portafolio servicios.

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.

CESAR HERNANDEZ FLOREZ
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,

JOSE MANUEL ARIZA ARIZA
INSTRUCTOR G16

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

LEONARDO HERNANDEZ SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13833784		HERNANDEZ FLOREZ CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 # 51 - 35 t 1apto 12-06 sotomayor	BUCARAMANGA-SANTANDER	6574510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1000000170	9430857759	I	2022/03/18	2022/02/14	BANCO BOGOTA	0	$163,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	13833784	HERNANDEZ CESAR		0	$0	$0	EPS037	30	$1,251,000	$156,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,251,000	$6,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,251,000	$156,400			$0	$0			$1,251,000	$6,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,600	$0	$0	$6,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,600	$0	$0	$6,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,400	$0	$0	$156,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$156,400	$0	$0	$156,400
TOTAL				1	$163,000	$0	$0	$163,000

2022/02/15 02:51 PM

Hace constar:

Que el Sr(a) CESAR HERNANDEZ FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13833784 realizó el día 24/01/2022 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 CESAR HERNANDEZ FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13833784 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

Bucaramanga, 21 de Febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Bucaramanga

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que SI obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.100)
e. Por el año gravable 2021, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga, a los veintiún (21) días del mes de Febrero de 2022.



CÉSAR HERNÁNDEZ FLÓREZ
C.C.13833784 Exp. Bucaramanga

Certificado
Bancario

Miércoles, 05 de enero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CESAR HERNANDEZ FLOREZ identificado(a) con CC 13833784, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60675393315	2004/06/24	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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731944034

(415)7707212489984(8020) 000001473194403 4

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	FLOREZ	CESAR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CR 23 51 35 TO 1 AP 1206 ED PIAZZALE 23 BRR SOTOMAYOR

42. Correo electrónico: hernandezflorezcesar@yahoo.com.co

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

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 3	2 0 1 8 0 1 0 1	7 0 1 0	2 0 1 7 0 4 2 5	0 0 2 0	8 5 4 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	5	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 21 / 09 : 36: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ FLOREZ CESAR
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14731944034

(415)7707212489984(8020) **000001473194403 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 8 3 3 7 8 4	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Oficina 0 8	Otras actividades empresariales ncp 7 4 9 9

162. Nombre del establecimiento: HERNANDEZ FLOREZ CESAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

165. Dirección: CR 14 35 26 OF 311 B BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 2 1 4 6	2 0 0 4 0 6 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 9 9 2 9 9 2	2 0 1 1 1 2 2 0

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CESAR HERNANDEZ FLOREZ, con Cédula Ciudadanía No. 13833784 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2022 y fecha hasta 15/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201011436577.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de enero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 23/01/2022 05:27:20 p. m.
ISCDC: 23/01/2022 05:27:20 p. m.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 91177987
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 91177987	LEONARDO HERNANDEZ SILVA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	197	01/02/2022	CC 13833784	HERNANDEZ FLOREZ CESAR	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

C65251AB23C3EAFC33CCC81B81F8F3C8 Certificado impreso el día 1/23/2022 12:03:26 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CESAR

HERNANDEZ FLOREZ

13833784

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work — Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2020

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work — Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650280185

PÓLIZA No: 465 - 47 - 994000004852 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	22	01	2022

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	22	01	2022

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **CESAR HERNANDEZ FLOREZ** IDENTIFICACIÓN: CC **13.833.784**

DIRECCIÓN: KR 23 51 35 APTO 1206 TO 1 BR NUEVO SOTOMAYOR CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 3176383578

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	01/02/2022	02/04/2023	3,283,200.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO CO1.PCCNTR.3347272 DE FECHA 1 DE FEBRERO DEL 2022 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,283,200.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA	9633	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000465028018

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADE25780D07FC7F57

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 76.466

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HERNANDEZ FLOREZ CESAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC	13833784
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
EXPERTO TEMATICO EN DISEÑO CURRICULAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
----------	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EJERCICIO FISICO / EMPLEO DE LOS EPP /CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL/ CUMPLIR CON LAS NORMAS, REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL/ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -19 /EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	SOLANO ARAQUE RICARDO	**Nombre:**	HERNANDEZ FLOREZ CESAR
R. M.:	9654 **L.S.O.:** 11412	**CC:**	13833784

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bucaramanga, Febrero 21 de 2022

Señores
SENA Regional Santander.
CSET
L.C

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 contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Tipo de Documento	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO
Cédula Ciudadanía	**1098801612**	**César Hernández Cáceres**	**Hijo**

Toda vez que:

- Es (son) mi(s) hijo(s) entre los 18 y 24años, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta, a quien soy el único progenitor que le financió su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente), para lo cual aporto el certificado expedido por la institución educativa. Universidad de Santander **UDES**

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 mi cónyuge Yaneth Cáceres Quiroga identificado (a) con la C.C. No. 63 310 197 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: CÉSAR HERNÁNDEZ FLÓREZ
C.C. 13 833 784 Expedida en Bucaramanga

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.801.612

HERNANDEZ CACERES
APELLIDOS

CESAR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1997

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-NOV-2015 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2700100-00783232-M-1098801612-20160114 0048004060A 1 45099537

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63310197**

CACERES QUIROGA
APELLIDOS

YANETH
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1963**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-1982 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59104761-F-0063310197-20020815 0545602226A 02 124801961

NOTARIA SEGUNDA
Círculo Notarial de Bucaramanga

ISO 9001 Certificado Nº 4455-1

IQNet

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA CERTIFICA:

Que en el Registro del Estado Civil del Despacho con el No. **26663895** Del día: 1 de diciembre de 1997

ESTÁ INSCRITO EL NACIMIENTO DE

Nombre: **CESAR HERNANDEZ CACERES** Sexo: **MASCULINO**

Fecha: **23 de noviembre de 1997**

Nacido en: **BUCARAMANGA** NIP: 971123-05126

Padres: **CESAR HERNANDEZ FLOREZ - YANETH CACERES QUIROGA**

A solicitud de: CESAR HERNANDEZ ACREDITA PARENTESCO.

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

Reserva Ley 1453 de 2011 Art. 2 Dec. 1260 de 1970

Bucaramanga, **10 de diciembre de 2014**

ESTUDIO

SONIA PATRICIA GONZALEZ GELVEZ
Notaria Segunda(E) del Círculo
Bucaramanga

389880

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES / NOTARIA
Cra 20 No. 33-55 PBX: (7) - 6803588 FAX: (7) - 6850021 Despacho Notarial: 315 [illegible] notaria2bga@hotmail.com
Bucaramanga / Santander

NOTARIA SEGUNDA
Círculo Notarial de Bucaramanga

ISO 9001 Certificado Nº 4455-1

IQNet

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA CERTIFICA:

Que en el Registro del Estado Civil del Despacho con el No. **26663895** Del día: 1 de diciembre de 1997

ESTÁ INSCRITO EL NACIMIENTO DE

Nombre: **CESAR HERNANDEZ CACERES** Sexo: **MASCULINO**

Fecha: **23 de noviembre de 1997**

Nacido en: **BUCARAMANGA** NIP: 971123-05126

Padres: **CESAR HERNANDEZ FLOREZ - YANETH CACERES QUIROGA**

A solicitud de: CESAR HERNANDEZ ACREDITA PARENTESCO.

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

Reserva Ley 1453 de 2011 Art. 2 Dec. 1260 de 1970

Bucaramanga, **10 de diciembre de 2014**

ESTUDIO

SONIA PATRICIA GONZALEZ GELVEZ
Notaria Segunda(E) del Círculo
Bucaramanga

389880

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES / NOTARIA
Cra 20 No. 33-55 PBX: (7) - 6803588 FAX: (7) - 6850021 Despacho Notarial: 315 [illegible] notaria2bga@hotmail.com
Bucaramanga / Santander