SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	50685-146494

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	SILAS MARTINEZ SALAS smartinez0317@misena.edu.co	C.C.	1.077.427.130	IP/Nº de contacto	3128141032
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	53667646576
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 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1405789/2020			Nº Compromiso SIIF	18620	
Valor Total del Contrato	$ 22.878.689	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.878.689	1	Del	03/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.337.968,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.540.721		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.337.968		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.337.968		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.553.526		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	Dto/1273/2018	Valor Base retención en la fuente	1.553.526,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 935.187	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.071.368,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 116.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 149.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	$ 4.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8551	4.143,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro Utch	23.380,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 517.842		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 2.310.445,00	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Socializacion de la estructura curricular
Socializacion de la guia de aprendizaje del manteniento correctivo
Taller sobre prueba de conocimiento de mantenimiento preventivo
Primera clase de herramientas necesarias para la realizacion del manteniento preventivo y correctivo
Conferencia sobre la etica que debe tener un Tecnico para manteniemiento de equipo de computo

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.

Silas Martinez Salas

SILAS MARTINEZ SALAS
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,

Yilse A. Ruiz

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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 CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1077427130
NOMBRES Y APELLIDOS	Martinez Salas,Silas
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/11/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Martinez Salas,Silas , a los 19 días del mes de febrero del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SILAS MARTINEZ SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.427.130**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14684410785

(415)7707212489384(8020) 000001468441078 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1077427130	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1077427130	20050201

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	SALAS	SILAS	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: BRR LA CASCORVA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
salashiguana@gmail.com		3128141032	3218764190

CLASIFICACION

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
8299	20101221							

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:	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 20200219

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: Silas Martinez Salas

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

984. Nombre: MARTINEZ SALAS SILAS
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-02-2020 04:57:21PM

DOCUMENTO SIN COSTO

ARGOSALUD

"Vigilantes de la Salud"

NIT: 900066756-8

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA		EVALUACION MEDICA DE RETIRO	
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:			

NOMBRE DEL PACIENTE: **SILAS MARTINEZ SALAS**			EDAD (AÑOS): **33**
C.C: **1.077.427.130**	EMPRESA: **SENA CHOCO**		
FECHA: **20/02/2020**	CIUDAD: **QUIBDO**	CARGO: **INSTRUCTOR**	

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	X	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	X

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO											
		N	A			N	A			N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	-			GLICEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	-			COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):	-			TRIGLICERIDOS	-						
				PERFIL LIPIDICO	-						
				CUADRO HEMATICO	-						

N: Normal – A: Alterado-

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION	X
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APLAZADO	-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA	X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS	X
PAUSAS ACTIVAS	X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO	X
CONTROL DE PESO	X
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS	-
VISIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____	-
AUDIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____	-
OPTOMETRIA - Control Semestral _____ Anual _____	X

OTRAS: _____

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes
Para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional"

Hace constar:

Que el Sr(a) SILAS MARTINEZ SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077427130 realizó el día 13/03/2020 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 SILAS MARTINEZ SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077427130 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.

Silas Martinez Salas

Firma

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

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 SILAS MARTINEZ SALAS, con Cédula Ciudadanía No. 1077427130 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/03/2020 y fecha fin de contrato 30/11/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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 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): 2020010136247.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 18 de Marzo de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SILAS MARTINEZ SALAS identificado(a) con CC 1077427130, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	53667646576	2016/10/31	CXC PENDIENTES

*** 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.

Juan Camilo Moreno Gómez

Es el

CONFIANZA
Seguros Re

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU060856
CERTIFICADO 23 GU084002

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360084002

SUCURSAL: 23 PEREIRA | USUARIO: ASPRILLJ | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 29 02 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	MARTINEZ SALAS SILAS	C.C. O NIT:	1077427130 4
DIRECCIÓN:	TV 11 30 46 BRR PLAYITA	CIUDAD:	QUIBDO
E-MAIL:	SALASHIGUANA@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3128141032
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	C.C. O NIT:	899999034 1
DIRECCION:	CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE	CIUDAD: PASTO	TEL. 7304656
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	C.C. O NIT:	899999034 1
DIRECCION:	CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE	CIUDAD: PASTO	TEL. 7304656

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 26 02 2020	HASTA 30 03 2021			2,287,868.90

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%			TRM 3,539.86	MONEDA	VALORES
100.00	AGENCIA DE SEGUROS FMA					PRIMA	PESOS	20,000.00
						CARGOS DE EMISION	PESOS	7,000.00
						IVA	PESOS	5,130.00
						TOTAL		32,130.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Minimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	26-02-2020	30-03-2021	0.00	2,287,868.90	20,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1405789 DE 2020 DE FECHA 26-FEB-2020 CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION EN EL AREA DE SISTEMAS DEL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD EN LA VIGENCIA 2020.

ESTA POLIZA SE EXPIDE CON BASE EN LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA
LAS CARATULAS PARA ESTA POLIZA HAN SIDO AUTORIZADAS Y UN CERTIFICADO DIGITAL CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY
CON LA FIRMA Y EXPEDICION DE LA PRESENTE POLIZA DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW CONFIANZA COM CO Y RECIBIR COPIA DE LOS MISMOS EN MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S A EN TODO EL PAIS
*VALOR NOTA: EL VALOR ASEGURADO SI LA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 2 31 2 1 3 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SOLO SE PODRAN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES EN DOLARES INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2 31 2 1 4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARAN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
GOMEZ GRANDES NIT 900 COMUNICANTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D C
SI ESTA POLIZA SE EXPIDE POR INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR SIEMPRE Y CUANDO DICHA REMUNERACION SE CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES
LA PRESENTACION DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS DE MI INCUMPLIMIENTO SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS
LA PRESENTE POLIZA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN CASO DE FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 3 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993
AUTORIZACION DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE i) TOMADOR Y/O ii) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN MI CALIDAD(ES) ANTES MENCIONADA(S) CONSTITUYE INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S A INCLUIDOS LOS SENSIBLES ASI COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS POR LAS PERSONAS PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TERMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW CONFIANZA COM CO Y CONFORME CON LO DISPUESTO EN EL MANUAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL
EL PRESENTE CONTRATO SE REGIRA POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA NO 0503RT ADJUNTA

RES DIAN NO 18762140729... DE 04/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG 080860 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Silas Martinez S.
TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2360084002

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SUFC-001-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 14 de marzo de 2020

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 empleado 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:

NUIP - NIP	**1078014530**	**Adrian Martinez Andrades.**	**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 **he** solicitado disminución de mi base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Silas Martinez Salas

FIRMA

Nombre: SILAS MARTINEZ SALAS

C.C. 1077427130

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1078014530

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59462620

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	01	☐	☐	☐	K 8 H

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	ANDRADES

Nombre(s)

ADRIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUL Día 30	MASCULINO	B	NEGATIVO

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15249969-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ SALAS SILAS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1,077,427,130	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ANDRADES PALACIOS ESTEFANY LORLEIDYS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1,077,459,459	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ SALAS SILAS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1,077,427,130	Silas Martinez Salas

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 2019 Mes AGO Día 09	GABRIEL JAIME GAVIRIA AYA NOTARIO ENCARGADO (Res. 9514 - 31/jul/2019) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Silas Martinez Salas Firma	GABRIEL JAIME GAVIRIA AYA NOTARIO ENCARGADO (Res. 9514 - 31/jul/2019) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -