Bogotá D. C., 31 de Enero 2022

Señores
CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES.
Sub Dirección Financiera
Att: Área de Contabilidad

Asunto: Certificación exigida en la Ley 1607 de 2012 para efectos de que me sea aplicable el procedimiento especial de retención en la fuente para prestación de servicios de trabajadores independientes.

Yo **ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO** identificado con cédula de ciudadanía No 1.018.443.636 actuando en mi propio nombre y representación, certifico a usted(es) bajo la gravedad de juramento que:

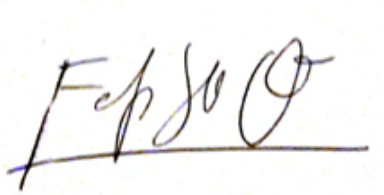
1. Estoy inscrito en el régimen simplificado del impuesto sobre las ventas porque todos los servicios que presto se consideran en la actualidad como excluida de dicho impuesto.

2. En la actualidad cumplo con todos los requisitos y condiciones que se establecen en el Art. 499 del E.T

3. Durante los 90 días anteriores a la fecha no he contratado a dos personas o más para el desarrollo de las actividades que generan ingresos.

Por los motivos anteriores solicito a ustedes que, en el momento de definir el monto de la retención en la fuente a título del impuesto de renta, me sea aplicado el procedimiento de retención en la fuente que le es aplicable a las rentas de trabajo y se apliquen las tarifas contenidas en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO
C.C. 1.018.443.636

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-01-11, 11:02:53 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2021
Empresa	ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1018443636
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1042287039
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1279835612
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 371.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 204.800	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 160.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 6.700	$ 0
		SubTotales:		$ 371.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 371.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1279835612

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
11/01/2022

Número de aprobación
00835612

Dirección IP
186.102.37.90

Valor transacción
$ 371.500,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.58	CC	1018443636

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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 ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO, con Cédula Ciudadanía No. 1018443636 contratista de la empresa CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, con Nit No. 899999118. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 20/01/2022, para el contrato registrado con fecha desde 17/01/2022 y fecha hasta 30/11/2022, 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): 202201011322656.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de enero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 19/01/2022 05:59:59 p. m.
ISCDC: 19/01/2022 05:59:59 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO:
• DIRÍJASE A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) ADSCRITA A LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) EN LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO.
• EN CASO DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO LA LEY ESTABLECE QUE TODA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DEBE ATENDERLO "ART. 5 DECRETO 1295/94".
• SU EMPLEADOR DEBE NOTIFICAR EL ACCIDENTE DE TRABAJO A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL MEDIANTE EL FORMULARIO UNICO DEL PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT) CORRECTAMENTE DILIGENCIADO DENTRO DE LOS DOS (2) DIAS HÁBILES SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
LÍNEA NACIONAL GRATUITA
SERVICIO AL CLIENTE
01 8000 111 170
EN BOGOTÁ
3 307 000
MÓVIL
#533
PARA PEDIR
ASISTENCIA EN EL EXTERIOR
Desde USA, Puerto Rico y Canadá.
786 838 07 55
Desde cualquier otro País, llamada por cobrar.
(571) 743 01 06
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
ANDRES FELIPE
SANABRIA OROZCO
1018443636
CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
899999118
Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20220119031018443636O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1018443636	PRIMER APELLIDO SANABRIA
	SEGUNDO APELLIDO OROZCO
PRIMER NOMBRE ANDRES	SEGUNDO NOMBRE FELIPE
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1991 MES 04 DÍA 25	SEXO M ● F ○ — NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.S	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA CRA 10 N 27 00	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3172746135	CORREO ELECTRÓNICO ANFSANABRIA@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ● COMERCIAL ○ CIVIL ○ — PÚBLICO ● PRIVADO ○ — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ○ NO ●

* FECHA INICIO AÑO 2022 MES 01 DÍA 17	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2022 MES 11 DÍA 30 — No. DE MESES 10
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES ● MARTES ● MIERCOLES ● JUEVES ● VIERNES ● SABADO ○ DOMINGO ○	DE 06:00 AM ● PM ○ HASTA 06:00 AM ○ PM ●
VALOR TOTAL $39773338	VALOR MENSUAL $3977334 — * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1590934
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA AD	CÓDIGO 1751201 USO ARL
CARGO U OCUPACIÓN INGENIERO AMBIENTAL	TAXISTA SI ○ NO ●
DIRECCIÓN KR 13 27 27	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 899999118 DV 1	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1751301 DE ARL	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL CRA 10 N 27 00	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 6477777 — FAX	CORREO ELECTRÓNICO AVALBUENA@CREMIL.GOV.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 79548026	PRIMER APELLIDO CALIXTO
	SEGUNDO APELLIDO MONROY
PRIMER NOMBRE FREDY	SEGUNDO NOMBRE HERNAN

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* _____
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1751201
CLASE DE RIESGO: 1
TARIFA: 0,52200

* **LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN**

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1018443636** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018443636
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/09/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	59
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **30/12/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE SANABRIA OROZCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.443.636**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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.