SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL NORTE DE SANTANDER**
**CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **54** |
| **Código Centro** | **953710** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **66971-483823** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES
**Correo electrónico contratista:** lzrozo@misena.edu.co
**C.C.** 60.330.057 **IP/Nº de contacto** 0

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0872128798

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4641945/2023 **Nº Compromiso SIIF** 20223

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 10.893.960 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.893.960 | **1** | **Del** | **20/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 2.086.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.807.130 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.086.830 | | 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** | **$ 2.086.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.156.085** | | **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** | ---------- | **25814129** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 521.707 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| 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 $ 1.357.184 | $ 208.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 385.362 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.156.085,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.756.230,00 | |
| 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 - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Departamental | 41.737,00 | 2,000% |
| 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** | **$2.045.093,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACCIONES DE FPI DIRECTAS A FORMACIÓN TITULADA : 42 horas DESARROLLO CURRICULAR 17 HORAS TOTAL 59 HORAS

**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.

**LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES**
**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,

**HUGO LEON TABORDA OCAMPO**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**OLMAN GERARDO SUAREZ MORENO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 60330057 | 0 | ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 54-1 | CLL 5 7 89 | | 5898989 | | | LABERINTO@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-01 | 2023-01 | 25814129 | I | 2023-03-07 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 345.300 | 8.600 | BANCO COLPATRIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 25814129 | 2023-02-14 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Economica |
| 1 | CC 60330057 | ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA | 1.160.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037 | 1.160.000 | 145.000 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.160.000 | 6.100 | 0,00522 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 336.700 | N | 2621629 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 60330057 | 0 | ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 54-1 | CLL 5 7 89 | | 5898989 | | | LABERINTO@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2023-01 | 2023-01 | 25814129 | I | 2023-03-07 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 345.300 | 8.600 | BANCO COLPATRIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 25814129 | | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.160.000 | 1.160.000 | 1.160.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 185.600 | 0 | 4.700 | 0 | 190.300 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 185.600 | 0 | 4.700 | 0 | 190.300 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 145.000 | 0 | 3.700 | 0 | 148.700 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | EPS037 | 900156264 | 2 | 1 | 145.000 | 0 | 3.700 | 0 | 148.700 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 6.100 | 0 | 200 | 0 | 6.300 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 6.100 | 0 | 200 | 0 | 6.300 |
| Gran Total | | | | | 336.700 | 0 | 8.600 | 0 | 345.300 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA |
| IDENTIFICACION: | CC-60330057 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-03-07 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-02-14 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-03-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO COLPATRIA |
| PERIODO PENSION: | 2023-01 |
| PERIODO SALUD: | 2023-01 |
| NUMERO PLANILLA: | 25814129 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 25814129 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 3.700 | $ 145.000 | $ 148.700 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 4.700 | $ 185.600 | $ 190.300 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 6.100 | $ 6.300 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 8.600 | $ 336.700 | $ 345.300 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/03/2023 |

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES identificado(a) con CC 60330057 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/10/2021 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | U.T. VIHONCO CEIMLAB - SEDE UBA VIHONCO SAS |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de enero del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **60.330.057**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14364725854

(415)7707212489984(8020) 000001436472585 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 0 3 3 0 0 5 7 | 3 | Impuestos de Cúcuta 7 | |

## 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 | 6 0 3 3 0 0 5 7 | 1 9 8 7 0 4 0 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROZO | WILCHES | LUZ | ZORAYDA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal: URB SANTILLANA CA 7 09

42. Correo electrónico: luzorowil25@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 3 7 8 8 7 6 | 3 1 8 7 8 8 8 1 1 5 |

## 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 6 9 2 | 1 9 9 7 0 3 0 3 | | | | | | 2 2 2 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### 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 2016 - 02 - 29

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 HOYOS TRIANA ELKIN VIVIAN
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Hace constar:

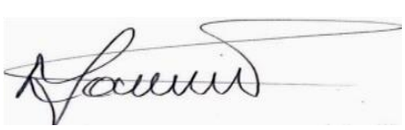
Que el Sr(a) LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60330057 realizó el día 02/03/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

## Compromiso SST:

Yo LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60330057 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

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 60330057, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 29/03/2022 y fecha fin de contrato 15/12/2022 con riesgo 3.

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): 202301011296876.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Enero de 2023.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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



**Impreso por Internet el 18/01/2023 10:47:25 a. m.**
**ISCDC: 18/01/2023 10:47:25 a. m.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044926 62

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000044926627

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 17/02/2023 11:21a.m. |

**RECIBIMOS DE:** SEGUROS ALTAIR LTDA — NIT. 900.808.076

**LA SUMA DE:** Sesenta y seis mil seiscientos cuarenta pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000044926627

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA-46-101013224-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |
| BUCARAMANGA-46-101013232-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 66,640.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 66,640.00
**OTROS:**

**TRANSACCION:** 0004492662

**TOTAL:** $66,640.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/17/2023 11:22:00AM

172.16.10.23

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044926 62

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000044926627

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 17/02/2023 11:21a.m. |

**RECIBIMOS DE:** SEGUROS ALTAIR LTDA — NIT. 900.808.076

**LA SUMA DE:** Sesenta y seis mil seiscientos cuarenta pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000044926627

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA-46-101013224-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |
| BUCARAMANGA-46-101013232-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 66,640.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 66,640.00
**OTROS:**

**TRANSACCION:** 0004492662

**TOTAL:** $66,640.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/17/2023 11:22:00AM

172.16.10.23

San José de Cúcuta, 28 de febrero de 2023

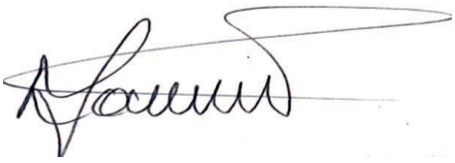
Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
La Ciudad

**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 NO provinieron de 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 No quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que No obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.000).
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 San José de Cúcuta el 28 de febrero de 2023.



Luz Zorayda Rozo Wilches

C.C. 60330057

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José de Cúcuta, febrero 28 del 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1092941735** | **Maria Camila Arias Rozo** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

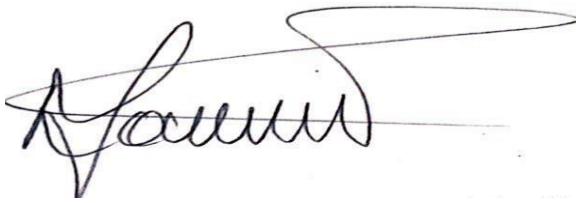
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

En constancia de lo anterior firmo en San José de Cúcuta el 28 de Febrero del 2023



FIRMA

Nombre: _LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES_

C.C.____60330057_____

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

**NUIP** 1092941735

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36924044

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría ☐ | Notaría XX | Número 04 | Consulado ☐ | Corregimiento ☐ | Inspección de Policía ☐ | Código N 6 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ARIAS | ROZO |

Nombre(s): MARIA CAMILA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2005 Mes 06 Día 02 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 6607311 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C 60.330.057 DE CUCUTA | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: ARIAS ESPINEL NELSON JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C 88.202.395 DE CUCUTA | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: ARIAS ESPINEL NELSON JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C 88.202.395 DE CUCUTA — Firma

*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 2006 Mes 06 Día 16 | LUIS ALEJANDRO CUCAS SOTO<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

NOTARIA CUARTA DE CUCUTA
21 ABR 2022
JORGE JULIAN CAICEDO GUTIERREZ
NOTARIO ENCARGADO

- ORIGINAL - COPIA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner