SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**5 Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**91930-324255**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LAURA JULIETH MOYANO GUTIERREZ	**C.C.**	1.122.648.330	**IP/Nº de contacto**	3203188013
Correo electrónico contratista:	ljmoyano@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 91231004292

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: 5582832/2023 **Nº Compromiso SIIF** **304823**

Valor Total del Contrato	$ 3.073.183	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.073.183	**1**	**Del**	**23/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 1.068.933,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.004.250		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA GESTION DEL DESARROLLO CURRICULAR EJECUCION ACCIONES FORM TITULADA COMPLEM VIRTUAL AREA GESTION DE MERCADOS PROG RR CATA VIG 2023 PL 23D VM 4008500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.068.933		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	**$ 1.068.933**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 469.005**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Decreto 1273/20**
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 $ 267.233	$ -	
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	$ 106.893	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 156.335	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	469.005,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.068.933,00	
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	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.068.933,00**	

SON: UN MILLÓN SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en los siguientes programas, registro soportado en Tiempos Sofia Plus:
Titulada - Ficha 2774240 Técnico en programación de software- Competencia de emprendimiento
Total horas mes: 48 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.

LAURA JULIETH MOYANO GUTIERREZ
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,

CAROLINA MESA BARRERA
COORDINADORA DE FORMACIÓN

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

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16886541 *

* 0110795701 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE — A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN — C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO — CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE — A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD — DÍA MES AÑO

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Moyano — SEGUNDO APELLIDO: Gutierrez — PRIMER NOMBRE: Laura — SEGUNDO NOMBRE: Joiseth
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — CN MS RC TI [X] CC CE SC CD PE AS PT
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1122648330
9. SEXO BIOLÓGICO — F M
SEXO DE IDENTIFICACIÓN — F M T NB
10. FECHA NACIMIENTO: 22 07 1986 — PAÍS DE NACIMIENTO
11. NACIONALIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. COMUNIDAD INDÍGENA
14. DISCAPACIDAD — SI [ ] NO [ ] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN — NIVEL — GRUPO
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
17. ARL
18. AFP
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 21 N. 12 - 13.
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Malaga
DEPARTAMENTO: Santander
ZONA — CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
TELÉFONO FIJO
Ext.
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
TELÉFONO MÓVIL: 3203188013
CORREO ELECTRÓNICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — TI CC CE SC CD PE PT
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO BIOLÓGICO — F M
SEXO DE IDENTIFICACIÓN — F M T NB
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
25. FECHA NACIMIENTO — DÍA MES AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT									
2		CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT									
3		CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT									
4		CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT									
5		CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT									

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social: Laura moyano
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NI TI CC CE SC PA CD PE PT
41. Número documento de identidad: 1122648330
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
42. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 21 N 12 - 13
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO
3203188013
TELÉFONO FIJO (EXT)
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 12 11 2023
CARGO
OCUPACIÓN
SALARIO: 1160000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD — A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO — A) MISMO RÉGIMEN — B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de) — DÍA MES AÑO
47. EPS ANTERIOR Código
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ]
49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
54. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
55. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — TI CC CE SC CD PE PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO BIOLÓGICO — F M
FECHA NACIMIENTO — DÍA MES AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT
Cantidad: Total
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
66. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
67. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
69. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio — Código del departamento
74. Datos del SISBÉN — SI — NO — Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 — SI — NO — CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — CC CE SC CD PE PT
Número del documento de identidad
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
77. Firma del funcionario: NO3SO
78. Fecha de radicación — DÍA MES AÑO
79. Fecha De Validación — DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

Jaramillo Rey

Ilustrado por Rummas SAS NIT 901001238 | 22 - JUN - 2023

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:

LAURA JULIETH MOYANO GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.648.330**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Noviembre del 2023.

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 13928646
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:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 13928646	YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	624	23/11/2023	CC 1122648330	MOYANO GUTIERREZ LAURA	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.

F497AE2D319BAAC05D8F3AA4A12865B9 Certificado impreso el día 11/22/2023 6:03:44 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

LAURA JULIETH
MOYANO GUTIERREZ
1122648330

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14805617315

(415)7707212489984(8020) 000001480561731 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 6 4 8 3 3 0	1	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 1 2 2 6 4 8 3 3 0	2 0 0 8 0 1 2 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Restrepo 6 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOYANO	GUTIERREZ	LAURA	JULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Málaga 4 3 2

41. Dirección principal
CL 21 12 13

42. Correo electrónico ljmoyano@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 1 8 8 0 1 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 7 0 7 0 3	4 7 9 1	2 0 0 9 0 1 2 3				1 3 1 7	

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2022 - 01 - 12 / 17 : 25: 36

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MOYANO GUTIERREZ LAURA JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO