## Hace constar:

Que el Sr(a) MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43724088 realizó el día 14/07/2019 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 MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43724088 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 - SENA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

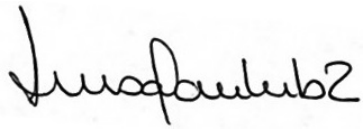
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 43.724.088, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 04/03/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 1.

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): 20200101482374.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Martes, 21 de Abril de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ identificado(a) con CC 43724088, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 10310890040 | 1999/08/04 | 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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

| | |
|---|---|
| siga SALUD | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**<br>**FORMATO DE APOYO-ENTREGA DE EXAMENES PREOCUPACIONALES** |

**Si presenta los exámenes nuevamente o por primera vez:**

Hoy, 25 de febrero de 2020, se hace entrega a la dependencia de Contratación de Prestación de Servicios del Centro de Biotecnología Industrial, los exámenes ocupacionales de fecha Junio 18/2019 expedidos por la IPS HIGEA-TIAN a nombre de Margarita Montoya con Cedula de Ciudadanía Numero 43724088 de Envigado, relacionados a continuación: (Marque con una X en el riesgo correspondiente a sus exámenes) 25/02/20

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Riesgo 1** | Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético | | ✓ |
| | Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular | | ✓ |
| | Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico | | ✓ |
| | Optometría | ✓ | |
| | Glicemia | ✓ | |
| | Perfil Lipidico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL) | | ✓ |
| | Cuadro hemático | ✓ | |
| **Riesgo 2** | Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico | | |
| | Optometría | | |
| | Glicemia | | |
| | Perfil Lipidico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL) | | |
| | Cuadro hemático | | |
| **Riesgo 3** | Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis Dermatológico | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico | | |
| | Optometría | | |
| | Audiometría | | |
| | Glicemia | | |
| | Perfil Lipidico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL) | | |
| | Cuadro hemático | | |
| | Anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B | | |
| **Riesgo 4** | Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis Neurológico | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular | | |
| | Audiometría | | |
| | Optometría | | |
| | Glicemia | | |
| | Perfil Lipidico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL) | | |
| | Parcial de orina | | |
| | Cuadro hemático | | |
| **Riesgo 5** | Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis Neurológico(trabajo en alturas, vestibulares y vértigo) | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular | | |
| | Examen médico ocupacional con énfasis respiratorio | | |
| | Audiometría | | |
| | Optometría | | |
| | Espirómetro | | |
| | Glicemia | | |
| | Perfil Lipidico (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL) | | |
| | Parcial de orina | | |
| | Cuadro hemático | | |
| | EKG (>45 Años) | | |

**Si aún tiene vigente los exámenes que ya se realizó:**

O declaro que ya realicé la entrega de los exámenes pre-ocupacionales a la institución expedidos con fecha _____ por la IPS_____a nombre de _____ con Cedula de Ciudadanía Numero _____ de _____.

Atentamente,

Vo-Bo
Jadys V. Quintero
Tesorería

Nombre Completo Margarita M. Montoya

C. de C. No. 43724.088 de Envigado

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **954410** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2020** |
| **Versión** | **MARZO 2020 - 3,20** |
| **ID de Proceso** | **63584-738726** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ | **C.C.** | 43.724.088 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | mimimontoya@misena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **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 ?** SI

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10310890040

**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:** 1421504/2020 **Nº Compromiso SIIF** **24320**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 33.240.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 33.240.000 | **1** | **Del** | **06/03/2020** | **Al** | **31/03/2020** | **$ 3.000.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 30.240.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.000.000 | | 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** | **$ 3.000.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.768.500** | | **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** | ---------- | **8653367835** | Valor Base retención en la fuente | 1.768.500,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.200.000 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 2.658.000,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 150.000 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 192.000 | $ 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 I | $ 6.300 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| 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-UCEVA | 15.000,00 | 0,500% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Universidad del Pacífico | 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 | $ 300.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 589.500 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.985.000,00** | |

**SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación presencial en titulada y complementaria, fichas de caracterización: 2087028,1905585,1943403,2023311,2023313.
Uso de herramientas TIC como apoyo a la formación
Reuniones equipo de bilingüismo de formación titulada y complementaria
Reuniones de desarrollo curricular
Se realiza informe mensual de ejecución del mes de marzo donde se detallan actividades realizadas
Se anexan las evidencias en DRIVE
Se anexa planilla de pago del mes de febrero expedida por Asopagos

**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.

**MARGARITA MARIA MONTOYA LOPEZ**
**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,

**MIOSOTIS CARDENAS GARCIA**
**PROFESIONAL G08**

**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**

**JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**Nit. 860.009.578-6**

## CONSTANCIA DE PAGO DE PRIMA

| | |
|---|---|
| Hacemos constar el pago efectuado por: | **MONTOYA LOPEZ MARGARITA MARIA** |
| Para cancelar nuestra factura No. | 101112555 |
| Por valor de: | $32.130 |
| Emitida a favor de: | **SENA** |

EN CONSTANCIA SE EXPIDE CON DESTINO A LA ENTIDAD ASEGURADA Y SE FIRMA EN CALI, A LOS CINCO (05) DIAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTE (2020).

**COMPAÑÍA SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A
CANCELADO

**FIRMA AUTORIZADA**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| CALI | CALI | 45 | 45-44-101112555 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | 03 | 2020 | 05 | 03 | 2020 | 00:00 | 12 | 04 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | MONTOYA LOPEZ, MARGARITA MARIA | | CC: 43.724.088 |
| DIRECCIÓN: CR 73 NRO. 26 - 34 | CIUDAD: MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELÉFONO: | 3206117788 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL - SEDE PALMIRA | | NIT: 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: CL 40 NRO. 30 - 44 | CIUDAD: PALMIRA, VALLE | TELÉFONO | 2750968 |
| ADICIONAL: | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1421504 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA DESARROLLAR LA FORMACION PROFESIONAL CORRESPONDIENTE A LA RED DE INSTITUCIONAL ENSEÑANZA DE IDIOMAS DEL AREA TEMATICA DE IDIOMAS EN LA MODALIDAD DE PERIODOS TEMPORALES EN EL CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL DEL SENA REGIONAL VALLE.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 05/03/2020 | 12/04/2021 | $3,336,000.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******7,000.00 | $ *******5,130.00 | $ **********32,130.00 | $ ********3,336,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑÍA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| PROFESIONALES EN SEGUROS INTEGRALES | 103159 | 100.00 | | | |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

*PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI*

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

45-44-101112555

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PUNICA 01

RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14631333426

(415)7707212489984(8020) 000001463133342 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 3 7 2 4 0 8 8 | 1 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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 1 3 | 4 3 7 2 4 0 8 8 | 1 9 8 8 0 6 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Envigado 2 6 6 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MONTOYA | LOPEZ | MARGARITA | MARIA |

35. Razón social:

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

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 73 A 93 78

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| mimymontoya@gmail.com | | 4 1 6 3 7 4 7 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 / 2 |
| 8 5 6 0 | 2 0 0 0 0 1 0 1 | | Año Mes Día | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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: 2 0 1 9 0 6 2 0 (Año Mes Día)

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: VALENCIA SUAREZ MARYORY
985. Cargo: Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-43724088 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2020-02 | 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | 0 | 107.600 | 0 | 107.600 |
| **Período salud:** | 2020-02 | EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | 0 | 84.000 | 0 | 84.000 |
| **Planilla Nro.:** | 8605325282 Tipo I | SINARP | 0 | SINARP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2020-02-18 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCO DE OCCIDENTE | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 191.600 |

PAGADO