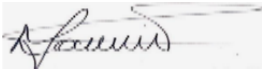
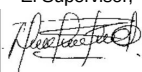


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	54	
	REGIONAL NORTE DE SANTANDER		Código Centro	953710	
	CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER		Fecha Elaboración	Marzo de 2025	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25	
			ID de Proceso	83737-704496	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA	
Cédula de Ciudadanía		60.330.057	Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:		lzrozo@misena.edu.co	Número de Cuenta:	614334035	
IP/Nº de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI	
Inducción SST:		SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000					NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)					NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					NO
Concepto del pago corresponde a:					Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.					0,00%
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato:	7338880/2025	Nº Compromiso SIIF	36025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	54_9537_161 Prestar los servicios personales de carácter 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.				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	14/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 48.141.549
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.549
Valor Bruto Pago:	\$ 2.606.390,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 45.535.159
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 2.606.390	Ninguno		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	\$ 2.606.390	Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.299.534	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Febrero	Enero	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	Valor base IVA		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		
ARL III	\$ 34.700	\$ 0	Menos Retencion IVA		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -				
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Estampilla Departamental		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones		
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones		
Dependientes hasta	\$ 260.639		Otras Retenciones		
Salud hasta	\$ 796.784	\$ 186.100	Otras Retenciones		
Renta Exenta 25%	\$36.062.775	\$ 430.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)		
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR		
			\$2.554.262,00		
SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MICTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Acciones de FPI Directas a formación COMPLEMENTARIA: EDUCACION EN SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS RUTAS INTEGRALES EN SALUD: 48 HORAS					
Acciones de FPI Directas a formación COMPLEMENTARIA: CONCEJERIA EN LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION DEL NIÑO PEQUEÑO: 21 HORAS					
DESARROLLO CURRICULAR EQUIPO EJECUTOR: TECNICO ENFERMERIA: 8HORAS					
DESARROLLO CURRICULAR: FOIRMACION COMPLEMENTARIA: 8 HORAS					
otros 6 horas					
Total horas: 91					
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					
			LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.			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 YORGOS JOFFREY RAMÍREZ PEREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					



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 1 CALLE 13 CONTRIBUTIVO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes de febrero del año 2025.

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,

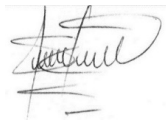

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **60330057**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cúcuta, 19 de febrero de 2025

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:

C.C.	1092941735	MARIA CAMILA ARIAS ROZO	HIJO
-------------	-------------------	--------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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,

FIRMA

Nombre: LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES

C.C. 60330057

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO



REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ¹ o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

NUIP 1092941735

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 36924044

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido ARIAS Segundo Apellido ROZO

Nombre(s) MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento Año 2006 Mes 006 Día 02 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo A 6607311

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ROZO WILCHES LUZ ZORAYDA

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

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ARIAS ESPINEL NELSON JAVIER

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

Año 2006 Mes 006 Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza LUIS ALEJANDRO CRUZ GOTO

Nombre y firma

Reconocimiento potestativo

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

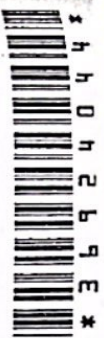
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA CUARTA DE CUCUTA

21 ABR 2022

JORGE JULIAN CAICEDO GUTIERREZ
NOTARIO ENCARGADO



- ORIGINAL - ANA DE REGISTRO -

BANCO DAVIVIENDA

Recaudo Empresarial

Fecha: 10/01/2025 Hora: 11:43:13

Jornada: Normal

Oficina: 0663

Terminal: CJ0663W104

Usuario: XKL

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:

Universidad libre de Colombia Ma

Cuenta Convenio:***9844**

Código Convenio: 01025212

No. Referencia 1:

001092941735700019022669

No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo

Vr. Total: \$4,785,000.00

Costo transacción: \$0.00

No. Transacción: 619320

Quien realiza la transacción

Tipo Id: CC

Número Id: 88202395

Transacción exitosa en línea

**Por favor verifique que la
información impresa es correcta.**



BANCO



UNIVERSIDAD LIBRE
NIT 8600137985
Av.4 # 12N-81 El Bosque / PBX: 1800018560

FINR17_GWT*
08 de enero de 2025 13:05:57

Mis recibos por pagar
Ref. 1902266

BANCO DAVIVIENDA
066269999844

FECHA DE EXPEDICIÓN 7 de enero de 2025

NOMBRE	ARIAS ROZO MARIA CAMILA		
No. IDENTIFICACIÓN	1092941735	Código: 401241017	Tel. 3002545589
PERÍODO	20251	SEMESTRE/AÑO 3	
PROGRAMA ACAD.	41020 - DERECHO (sem) (ÚNICA- SEC.CÚCUTA)		
CONCEPTO	4C8004 - ESTAMPILLA PROCULTURA PRE.		\$ 43,000.00 COP
CONCEPTO	4C102 - MATRICULA CICLO I.		\$ 4,742,000.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	\$ 4,785,000.00 COP	30/01/2025

Asig. matriculadas:
DCPS20022 - DCPS20017 - DCPS20019 - DCPS20021 - DCPS20020 - DCPS20018

SELLO DEL BANCO

El pago por PSE debe realizarse desde la página web de la Universidad Libre. Si realiza transferencias de Banco a Banco debe informar a la oficina de Contabilidad ya que no registran el número de referencia-factura. Si cancela con crédito (Icetex, Coofuturo, u otra entidad) debe acercarse a la oficina de Cartera y solicitar recibo para el pago de la estampilla.



UNIVERSIDAD LIBRE
NIT 8600137985
Av.4 # 12N-81 El Bosque / PBX: 1800018560

FINR17_GWT*
08 de enero de 2025 13:05:57

Mis recibos por pagar
Ref. 1902266

BANCO DAVIVIENDA
066269999844

FECHA DE EXPEDICIÓN 7 de enero de 2025

NOMBRE	ARIAS ROZO MARIA CAMILA		
No. IDENTIFICACIÓN	1092941735	Código: 401241017	Tel. 3002545589
PERIODO	20251		
PROGRAMA ACAD.	41020 - DERECHO (sem) (ÚNICA- SEC.CÚCUTA)		
SEMESTRE/AÑO	3		
CONCEPTO	4C8004 - ESTAMPILLA PROCULTURA PRE.	\$ 43,000.00 COP	
CONCEPTO	4C102 - MATRICULA CICLO I	\$ 4,742,000.00 COP	

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	\$ 4,785,000.00 COP	30/01/2025

Asig. matriculadas:
DCPS20022 - DCPS20017 - DCPS20019 - DCPS20021 - DCPS20020 - DCPS20018

SELLO DEL BANCO

El pago por PSE debe realizarse desde la página web de la Universidad Libre. Si realiza transferencias de Banco a Banco debe informar a la oficina de Contabilidad ya que no registran el número de referencia-factura. Si cancela con crédito (Icetex, Coofuturo, u otra entidad) debe acercarse a la oficina de Cartera y solicitar recibo para el pago de la estampilla.



UNIVERSIDAD LIBRE
NIT 8600137985
Av.4 # 12N-81 El Bosque / PBX: 1800018560

FINR17_GWT*
08 de enero de 2025 13:05:57

Mis recibos por pagar
Ref. 1902266

BANCO DAVIVIENDA
066269999844

FECHA DE EXPEDICIÓN 7 de enero de 2025

NOMBRE	ARIAS ROZO MARIA C...		
No. IDENT.	1092941735		
PERÍODO	20251		
PROG.	41020 - DERECHO (sem...		
SEMESTRE/AÑO	3		
CONCEP.	ESTAMPILLA PROCULT.		
CONCEP.	MATRICULA CICLO I.		

Ordinaria

\$ 4,785,000.00 COP

PAGUE HASTA

30/01/2025



(415)77099



5000(96)20250130

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Ordinaria	\$ 4,785,000.00 COP	30/01/2025

Cod. BCO.	No. CHEQ. GER.	VALOR
		EFFECTIVO
		TOTAL

VIGILADA MINEDU

BANCO DAVIVIENDA

Recibo Empresarial
Fecha: 10/01/2025 Hora: 11:43:13
Jornada: Normal
Oficina: 0663
Terminal: CJ0663W104
Usuario: XKL

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:
Universidad libre de Colombia Ma
Cuenta Convenio:*****9844
Código Convenio: 01025212
No. Referencia 1:
001092941735700019022669
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$4,785,000.00
Costo transacción: \$0.00
No. Transacción: 619320
Quién realiza la transacción
Tipo Id: CC
Número Id: 88202395
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
Información impresa es correcta.

E
S
T
U
D
I
A
N
T
E

U
N
I
V
E
R
S
I
D
A
D

B
A
N
C
O

San José de Cúcuta, 19 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

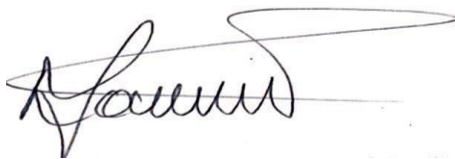
La Ciudad

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:

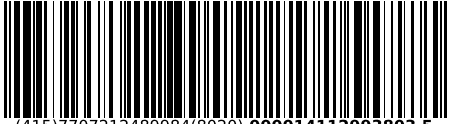
- a. Durante el año gravable 2024, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2024, el 80% o más de mis ingresos brutos No 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 2024, soy una persona natural que No quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
- d. Por el año gravable 2024, soy una persona natural que No obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$65.891.000).
- e. Por el año gravable 2024, No desarrollé una de las actividades señaladas en el [artículo 340 del Estatuto Tributario](#) y si la desarrollé no representó más de veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2024, 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 19 de febrero de 2025.



Luz Zorayda Rozo Wilches

C.C. 60330057

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141129938035			
				 (415)7707212489984(8020) 000014112993803 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6 0 3 3 0 0 5 7		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Cúcuta		14. Buzón electrónico 7	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 6 0 3 3 0 0 5 7			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Norte de Santander 5 4		30. Ciudad/Municipio Cúcuta 0 0 1			
31. Primer apellido ROZO		32. Segundo apellido WILCHES		33. Primer nombre LUZ		34. Otros nombres ZORAYDA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Norte de Santander 5 4		40. Ciudad/Municipio Cúcuta 0 0 1			
41. Dirección principal URB SANTILLANA CA 7 09							
42. Correo electrónico luzorowil25@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 1 3 3 7 8 8 7 6		45. Teléfono 2 3 1 8 7 8 8 8 1 1 5			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 1 9 9 7, 0 3, 0 3	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código 2 2 2 4		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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			
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargo			



Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60330057 realizó el día 16/02/2025 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, Artículo 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.

Firma

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUZ ZORAYDA ROZO WILCHES** identificado con **CC No. 60330057**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 08/02/2025 Fecha fin de Contrato: 19/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de 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 o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012575089.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS