

 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) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		940510	
			Fecha Elaboración		Mayo de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		72371-255134	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		TAPIA TORRES ALBERTO ANTONIO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.070.807.317		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		aatapia71@misena.edu.co		Número de Cuenta:		79090197369
IP/Nº de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI
¿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:		7863873/2025		Nº Compromiso SIIF		61725
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos formativos dirigidos a los aprendices en las competencias				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		12/05/2025		Al		31/05/2025
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 34.036.374
Valor Bruto Pago:		\$ 2.913.023,00		Valor Total del Contrato:		\$ 34.036.374
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 31.123.351
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.913.023		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		\$ 2.913.023		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.874.723		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		N/A		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 7.500		\$ 0		Reteica - 8299 - BOGOTÁ
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				
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		\$ -				
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 26.227.473		\$ 625.000		Otras Retenciones
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$2.888.803,00
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1.Asignación como instructor de la competencia: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL DE ACUERDO CON EL PERFIL PERSONAL Y LOS REQUERIMIENTOS DE LOS CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL, para las fichas en la ejecución de la formación profesional modalidad virtual 2025.						
2. Fichas Asignadas para impartir Formación 2977226-2977230-2977228-2977229-2977227 Programa DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICO VISUALES						
3. Fichas Asignadas para impartir Formación 3134550 - 3134621 - 3118499 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE						
4. Establecer contacto para concertar las actividades Equipo Ejecutor de acuerdo con las fechas de formación indicadas,						
5. adelantar la ejecución de actividades del componente, d acuerdo con la Guía de orientaciones para la Formación Ambientes Virtuales.						
6. Se suben los documentos soportes del pago en la plataforma del SECOP II en los plazos establecidos por la entidad y acorde con los requisitos legales exigidos.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli 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						
TAPIA TORRES ALBERTO ANTONIO EL CONTRATISTA						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
JIMMY CARO RODRIGUEZ INSTRUCTOR G20						
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 JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

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, **ALBERTO ANTONIO TAPIA TORRES** identificado con **CC No. 1070807317**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 12/05/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 12/05/2025 Fecha fin de Contrato: 23/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de 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 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): 202501015173800.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de mayo 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

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ALBERTO ANTONIO TAPIA TORRES** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1070807317** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

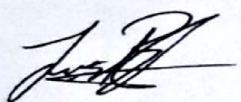
Estado Afiliado: **Activo**
IPS de atención: **UT SALUD EN ACCION**
Categoría: **B**
Fecha afiliación: **01/05/2025**
Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 02 de mayo del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: mutualser@mutualser.org
Cartagena de Indias

VIGILADO Supersalud 

No. de radicado
23001-00105391-CN

Fecha de radicado
0 2 0 5 2 0 2 5

Página 1 de 2

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒		2. Tipo de afiliación A. Individual: ☒ Cotizante o cabeza de familia B. Colectiva ☐ Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		4. Contribución solidaria Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS) EPS048			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
A. AFILIACIÓN							
8. Apellidos y nombres TAPIA TORRES ALBERTO ANTONIO							
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1070807317		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ M ☒	
13. Nacionalidad COL		14. Lugar de nacimiento País COLOMBIA Departamento CORDOBA Municipio MONTERIA		15. Fecha de nacimiento 2 3 0 9 1 9 8 6			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Categoría de discapacidad		SI ☐ NO ☒	
19. Tiene encuesta SI ☐ NO ☒		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial ND			
22. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA		23. Administración de pensiones NO APLICA		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CL 31A 2 - 56 W Dirección		7955834 Teléfono fijo		3016488589 Teléfono celular		ALBERTO26TAPIA10@GMAIL.COM Correo electrónico	
CORDOBA Departamento		MONTERIA Municipio / Distrito		CAMPO ALEGRE Localidad / Comuna		Zona Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto rural ☐	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante							
27. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
28. Tipo de Documento de		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		34. Fecha de nacimiento D D M M Y Y Y Y			
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre							
B1 TAPIA		TORRES		ALBERTO		ANTONIO	
B2 TAPIA		SANCHEZ		LUCIANA		SOFIA	
B3							
B4							
B5							
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	
B1 CC		1070807317		COL		X X	
B2 TI		1068439338		COL		X X	
B3							
B4							
B5							
40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de nacimiento D D M M Y Y Y Y			
B1		COLOMBIA CORDOBA MONTERIA		2 3 0 9 1 9 8 6			
B2		COLOMBIA CORDOBA MONTERIA		2 6 1 0 2 0 1 6			
B3				D D M M Y Y Y Y			
B4				D D M M Y Y Y Y			
B5				D D M M Y Y Y Y			
Datos complementarios del beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial SI NO Nivel Grupo	
B1 Cónyuge o compañero(a) permanente						ND X	
B2 Hijo o hija						NA X	
B3							
B4							
B5							
51. Datos de residencia							
Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural		Teléfono fijo y/o celular	
B1 CORDOBA		MONTERIA		X		3016488589	
B2 CORDOBA		MONTERIA		X		3013815692	
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico			
B1 CL 31A 2 - 56 W		CAMPO ALEGRE		ALBERTO26TAPIA10@GMAIL.COM			
B2 CL 31A 2 - 56 W		CAMPO ALEGRE		ALBERTO26TAPIA10@GMAIL.COM			
B3							
B4							
B5							
53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS						54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C UT.SALUD EN ACCION						230010195403	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO							
55. Nombre o razón social ALBERTO ANTONIO TAPIA TORRES		56. Tipo de documento de identificación CC		57. Número del documento de identificación 1070807317		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 2	
59. Ubicación CL 31A # 2 - 56 W Dirección		Teléfono fijo o celular		TALBETA86@HOTMAIL.COM Correo electrónico		CORDOBA Departamento	
						MONTERIA Municipio / Distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.
☒ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
 Código
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
☐ 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer Nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación T ☐ NB ☐ Otros ☐ Cual ☐		64. Fecha de nacimiento D D M M Y Y Y Y	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D D M M A A A A		67. Motivo de traslado Código		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☒ 73. 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.
☒ 74. 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.
☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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.
☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad						

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado
 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT
 Cantidad de documentos de identidad anexos
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. 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.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 88. 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.
☐ 89. 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.
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
 Total anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
--	-------------------------	------------------------------

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		95. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad		
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

**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:

ALBERTO ANTONIO TAPIA TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.807.317**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

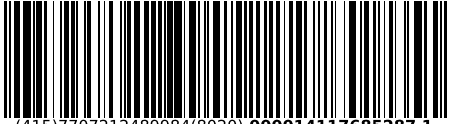


Gerencia de Clientes



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.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141176852871			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117685287 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 7 0 8 0 7 3 1 7		1		Impuestos y Aduanas de Montería		1 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 7 0 8 0 7 3 1 7			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Córdoba 2 3		San Bernardo del Viento 6 7 5	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
TAPIA		TORRES		ALBERTO		ANTONIO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Córdoba 2 3		Montería 0 0 1			
41. Dirección principal							
CL 31 A 256 W BRR CAMPOALEGRE							
42. Correo electrónico alberto26tapia10@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 0 1 6 4 8 8 5 8 9			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
6 9 2 0 2 0 1 8 0 1 0 1		8 5 6 0 2 0 2 0 0 2 1 5		8 5 4 1 8 5 4 2			
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 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre TAPIA TORRES ALBERTO ANTONIO			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			