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 SAN ANDRÉS

CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS-SAN ANDRES

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**88**
Código Centro	**953910**
Fecha Elaboración	**28 de Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**22804-798882**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.990.152	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	letel@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	77581783607
IP/Nº de contacto:	3214622881	**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9151067/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CO1.PCCNTR.9151067; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE INGLÉS, PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE BILINGÜISMO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 46.697.632
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.697.632
Valor Bruto Pago:	**$ 5.493.839,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.203.793

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.493.839	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.493.839**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.229.555**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499198556**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.197.536	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 274.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 351.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 11.500	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 549.384	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 1.077.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.229.555,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.867.439,00	
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	0,050%
-	0,00	0,050%
-	0,00	0,050%
-	0,00	0,050%
-	0,00	0,050%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$5.493.839,00**	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Verifiqué la creación de cursos en sofiaplus y Zajuna.

Realice el proceso de poner los aprendices en formación en sofiaplus.

Realice el alistamiento de los cursos. Realice los anuncios de bienvenida y apertura curso.

Envié los correos de bienvenida y orientación de inicio de curso

Realice las sesiones en línea semanal, donde se desarrolló los temas de los componentes formativos.

Retroalimente y califique las evidencias diariamente, e indique las correcciones para mejorar la calificación.

Respondí las participaciones en los foros diariamente, y califique el foro temático.

Publique los cuadros de honor semanal de los aprendices que se desempeñaron bien en la semana.

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

ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ
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,

MELANIA BEATRIZ FRANCIS DAVIS
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
NELSON RAMON MARTINEZ OSPINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

23/02/26 08:16:22 USUARIO: SIC - C.C. 40990152

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40990152		AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera26D#64-12	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3253017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	03950697	9499198556	I	2026/02/12	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$637,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,197,600	$351,700			$2,197,600	$274,700			$0	$0			$2,197,600	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,197,600	$351,700			$2,197,600	$274,700			$0	$0			$2,197,600	$11,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,197,600	$351,700			$2,197,600	$274,700			$0	$0			$2,197,600	$11,500		$0	$0
1	CC	40990152	AUSTIN ETEL	25-14	30	$2,197,600	$351,700	EPS005	30	$2,197,600	$274,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,197,600	$11,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,197,600	$351,700			$2,197,600	$274,700			$0	$0			$2,197,600	$11,500		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40990152		AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera26D#64-12	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3253017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	03950697	9499198556	I	2026/02/12	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$637,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$351,700	$0	$0	$351,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$351,700	$0	$0	$351,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,700	$0	$0	$274,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$274,700	$0	$0	$274,700
TOTAL				**1**	**$637,900**	**$0**	**$0**	**$637,900**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Etel Samira Austin Perez, identificado(a) con CC número 40990152, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente inform

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40990152
NOMBRES Y APELLIDOS	Etel Samira Austin Perez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/02/1977
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	18/06/2004
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	266 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES Desde 01/05/2023 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 40990152 ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ Desde 01/03/2024 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40990152,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2020** 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 19 de enero de 2026.



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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ identificado con CC. 40990152 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2020/09/01	**Código de ocupación**	2359
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	OTROS PROFESIONALES DE LA EDUCACION NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Inactivo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

APO_13_2_2_FR01 V_08

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13022026E40990152A8919133.** Este código es válido por un mes.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN ANDRES ISLAS, 14 Febrero 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN ANDRES ISLAS

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:

TI	**1042260060**	**Jade Steele Santos Austin**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ
C.C. 40990152

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN ANDRES ISLAS, 14 Febrero de 2026.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN ANDRES ISLAS

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:

TI	**1042262616**	**Camila Steele Santos Austin**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ
C.C. 40990152

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.042.262.616

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50339957

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría X Número 05 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 0 2 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 5-BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTOS	AUSTIN

Nombre(s)

CAMILA STEVIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2 0 1 0 Mes D I C Día 2 0	FEMENINO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número de identificación del inscrito
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52569527-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AUSTIN PEREZ ETBL SAMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.890.132	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.000.464	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.000.464	

Datos del testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos del segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 1 Mes E N E Día 1 4	ROSALBA RUEDA DE JORDAN - NOTARIA

Responsable turno primero	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
Art. 115 D. Ley 960/70 y Dto. 2148/83

CERTIFICA

Es fiel y auténtica fotocopia tomada de su original que reposa en esta Notaría. Los datos de los interesados de registro de este Notaría, no deben ser utilizados para fines diferentes a los previstos en el Decreto 1260 de 1970 y el Decreto 2158 de 1983, excepto para Matrimonio.

Barranquilla, 04 OCT. 2016

Notaría Quinta del Círculo de Barranquilla

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.042.260.060

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43630799

Clase de oficina de registro - Clase de oficina

Departamento | Distrito | Municipio | Corregimiento | Inspección de Policía | Código C 2 K

NOTARIA 5 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTOS	AUSTIN

Nombre(s)
JADE CESSIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 03 Día 31	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)
COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	520758108-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.990.152	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.000.464	COLOMBIA

Datos del reconocedor

Apellidos y nombres completos
SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)
CC 72.000.464

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)

Fecha de inscripción
Año 2009 Mes ABR Día 1

Nombre y firma del funcionario que autoriza
ROSALBA REYES DE JORDAN
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

CERTIFICA

Es fiel y auténtica fotocopia tomada de su original que reposa en los archivos de esta Notaría, que para efectos de la presente se presentó. Este Registro se hace hasta de vencimiento Ley 1453 de 2011 Art. 83, excepto para Matrimonio

Barranquilla, 04 OCT.

Notaría Quinta del Círculo de Barranquilla

NOTARIA QUINTA
BARRANQUILLA - ATLANTICO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124926426

(415)7707212489984(8020) **000014112492642 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 9 9 0 1 5 2	3	Impuestos de Barranquilla 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	4 0 9 9 0 1 5 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	San Andrés 8 8	San Andrés 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AUSTIN	PEREZ	ETEL	SAMIRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CR 26 D 64 12 BRR SAN FELIPE

42. Correo electrónico: letel_2000@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 4 6 2 2 8 8 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 2 0 1 0 4	0 0 2 0	2 0 2 2 1 2 1 9				

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																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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

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 AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-01-2026 10:14:29PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO