

 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	44	
	REGIONAL GUAJIRA		Código Centro	952410	
	CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA		Fecha Elaboración	Marzo de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26	
			ID de Proceso	25744-933682	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: YOMAIRA ESTHER DEMOYA VALLE		Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía: 26.994.156		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: yomairademoyav@gmail.com		Número de Cuenta: 46700002032			
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 2025 NO			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? SI					
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:	8971947/2026	Nº Compromiso SIIF	2126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR BAJO LA MODALIDAD DE PRODUCCIÓN DE CENTRO EN EL TALLER DE CONFECCIONES				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	20/01/2026	Al	31/01/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 25.151.364
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 28.286.478
Valor Bruto Pago:	\$ 882.504,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 24.268.860
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 882.504		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 882.504		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 490.404		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	Enero	Diciembre	Base retención en la fuente a título de RENTA 490.404,00 TARIFA		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 0	Valor base IVA 0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 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	\$ 9.200	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%		
	\$		Reteica - 8544 0,00 0,000%		
	\$		0,00 0,000%		
	\$		0,00 0,000%		
	\$		0,00 0,000%		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00 0,000%		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Estampilla Prouniversidad de la Gua 4.413,00 2,000%		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Estampilla Prodesarrollo Fronterizo 4.413,00 0,500%		
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Estampilla Prodesarrollo Dptal 4.413,00 2,000%		
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Salud hasta \$ 837.984	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Renta Exenta 25%	\$41.375.460	\$ 164.000	0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR \$869.265,00		
SON: OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Durante el mes se realizó manualmente el trazo de 300 suéteres (Tayana)					
En este mes se realizó el tendido de 60 capaz de Pólux azul turquí de 5,23metros cada capaz					
Durante el mes el contratista realizó el corte de 300 suéteres (Tayana)para dirección general					
Se realizó la separación de cuellos, piezas delanteras, pieza posterior, mangas.					
En este mes Ejecutamos el planchado de perillas, cuellos.					
En este periodo se realizó el ensamble de 300 suéteres (Tayana)					
En este periodo se realizó el planchado de 300 suéteres ya terminados					
Durante este mes se realizó el empaque de 300 suéteres (Tayana)					
Durante este mes se realizaron actividades de aseo con el fin de garantizar que los espacios se mantengan limpios y en orden					
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					
			YOMAIRA ESTHER DEMOYA VALLE 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. El Supervisor,		
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;			GISELA SIERRA TONCEL INSTRUCTOR		
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.					
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 LUIS DAZA ACOSTA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26994156	YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE		Calle 16 #23-15 barrio el porvenir	5658787	YOMAIRADEMOYAV@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			LA GUAJIRA	FONSECA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92384723	15/12/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$192.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
							Días Mora
							Valor Mora Aporte
							Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	192.900	192.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26994156	YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE		Calle 16 #23-15 barrio el porvenir	5658787	YOMAIRADEMOYAV@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			LA GUAJIRA	FONSECA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92384723	15/12/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$192.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAJE	TOP	TRAP	VSP	VST	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 26994156	DE MOYA VALLE YOMAIRA ESTHER	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	30	178.000	14-23	1.423.500	30	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE identificado(a) con CC 26994156 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 10/07/2025

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: IPS BARRANCAS S.A.S.

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes 02 del año 2026.

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



Fonseca, La Guajira, 15 de julio de 2025

Señores

Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA

Agroempresarial y Acuicola Fonseca - Guajira

Asunto: Solicitud de aceptación de afiliación únicamente al Sistema de Salud

Referencia: Orden de prestación de servicios suscrita por la señora YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE

Yo, **HOSLIN JUNIOR GARCÍA SIERRA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.120.755.060, abogado titulado y apoderado legal de la señora **YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 26994156 de Fonseca Guajira, por medio del presente escrito me permito formular respetuosa solicitud relacionada con la formalización del contrato de prestación de servicios suscrito entre mi poderdante y esta entidad.

La señora DE MOYA VALLE fue seleccionada para desarrollar actividades contractuales en calidad de contratista por prestación de servicios. Sin embargo, al momento de gestionar los requisitos para su vinculación, ha resultado **imposible su afiliación al sistema pensional**, en razón a lo siguiente:

- Actualmente tiene 68 años de edad.
- Nunca ha estado afiliada al sistema general de pensiones.
- Ningún fondo privado ni Colpensiones acepta su ingreso por superar la edad máxima legal para nuevos cotizantes.





Dicha situación constituye un **impedimento legal objetivo y verificable**, que no puede ser imputado a la voluntad de mi representada. En este sentido, me permito recordar que, conforme al **artículo 2 del Decreto 758 de 1990**, se establece expresamente que:

“No podrán ser afiliadas al régimen de prima media aquellas personas que al momento de la afiliación sean mujeres mayores de 50 años o hombres mayores de 55 años.”

Así mismo, la jurisprudencia constitucional ha señalado que **no puede exigirse a una persona una conducta que le resulta jurídicamente imposible**, y que el derecho al trabajo debe garantizarse de forma efectiva, particularmente en personas mayores de edad que enfrentan barreras institucionales.

Por lo anterior, solicito formalmente que se le permita a la señora **YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE** continuar con el proceso contractual, **aportando únicamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud**, dado que **no se encuentra obligada legalmente a cotizar al sistema pensional**, ni puede ser afiliada de manera forzosa bajo las condiciones actuales.

Documentos anexos:

- Copia de la cédula de la señora Yomaira Esther De Moya Valle
- Copia de mi cédula como apoderado
- Soporte de afiliación al sistema de salud
- Carta de poder





Cordialmente,

HOSLIN JUNIOR GARCÍA SIERRA

Abogado – Apoderado

C.C. No. 1120755060 de Fonseca Guajira

T.P. No. 433563 del C.S.J

Teléfono: 3183334842

Correo electrónico: Juniorgarciq90@gmail.com

PODER ESPECIAL

Yo, YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 26994156 de Fonseca Guajira, obrando en mi propio nombre y en pleno uso de mis facultades legales, por medio del presente documento **confiere poder especial, amplio y suficiente** al abogado **HOSLIN JUNIOR GARCÍA SIERRA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.120.755.060 de Fonseca Guajira, y portador de la tarjeta profesional No. 433563 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación actúe ante el **Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA**, así como ante cualquier entidad pública o privada relacionada con mi proceso de vinculación contractual como contratista por prestación de servicios.

El presente poder tiene como propósito específico:

- Gestionar mi afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Solicitar la exoneración de afiliación al Sistema de Pensiones por razón de edad e imposibilidad legal.
- Aportar pruebas, solicitar trámites, firmar solicitudes, derechos de petición o comunicaciones necesarias.





- Representarme en todos los trámites administrativos derivados de esta situación hasta su resolución.

Declaro que este poder es conferido de manera libre y voluntaria, sin que medie coacción alguna, y que el abogado facultado podrá ejercer las funciones encomendadas con la diligencia propia de su profesión.

En constancia de lo anterior, se firma en Fonseca, La Guajira, a los quince (15) días del mes de julio de dos mil veinticinco (2025).

YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE

C.C. No. 26994156 de Fonseca Guajira

Hoslin Junior S.

HOSLIN JUNIOR GARCÍA SIERRA

C.C. No. 1.120.755.060 de Fonseca Guajira

T.P. No. 433563 del C.S.J





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YOMAIRA ESTHER DE MOYA VALLE identificado con CC. 26994156 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/28	Fecha inicio contrato	2026/01/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	1	Código actividad económica	1855101 - Formacion academica no formal, incluye la educacion que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar,
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de enero 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.

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: **CC27012026N26994156A4049656**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
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





Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA ESTHER DEMOYA VALLE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26994156 realizó el día 24/01/2026 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 YOMAIRA ESTHER DEMOYA VALLE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26994156 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

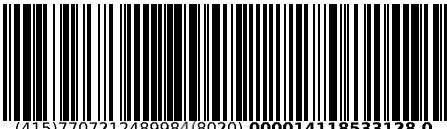
Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA ESTHER DEMOYA VALLE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26994156 el día 24/01/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 6 Levantamiento suspensión RUT				4. Número de formulario 141185331280			
				 (415)7707212489984(8020) 000014118533128 0			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 6 9 9 4 1 5 6		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Riohacha		14. Buzón electrónico 2 5	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 2 6 9 9 4 1 5 6			
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento La Guajira 4 4		30. Ciudad/Municipio Fonseca 2 7 9	
31. Primer apellido DE MOYA		32. Segundo apellido VALLE		33. Primer nombre YOMAIRA		34. Otros nombres ESTHER	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		1 6 9		39. Departamento La Guajira		4 4	
				40. Ciudad/Municipio Fonseca		2 7 9	
41. Dirección principal CL 16 23 15 BRR PORVENIR							
42. Correo electrónico yomairademoyav@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 2 6 3 6 5 3 9 8			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 1 4 1 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 3 0 1	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 4 9							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros							
54. Código							
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 PEÑARANDA AMAYA GINA KASANDRA 985. Cargo Gestor I			

Certificación Bancaria

Lunes, 02 de Marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YOMAIRA ESTER DE MOYA VALLE identificado(a) con CC 26994156, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	46700002032	2021-01-29	ACTIVO	*****

***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 a 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co