Libertad y Orden	**INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO** **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** **INFORME DE ACTIVIDADES**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

CONTRATO No. **3954-2023**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALVARO MAURICIO RODIL TORRES **CEDULA: 1019054021** **TELEFONO: 3155953616**

MES: SEPTIEMBRE 2023				
OBJETO	**OBLI-GACION N°**	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**TAREAS EJECUTADAS**	**DOCUMENTO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA O DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS**
Prestación de servicios profesionales para apoyar las actividades de protección animal en la seccional Arauca.	1	Apoyar atendiendo las solicitudes de registro de establecimiento que comercialicen insumos veterinarios, de acuerdo con la normatividad y procedimiento vigente.	Se realizaron tres visitas a establecimiento comercial dedicados a la comercialización de insumos agropecuario y productos veterinarios donde se realizó acompañamiento de registro en el aplicativo simplifica.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE. https://icaoti.sharepoint.com/:f:/s/SoporteContratistaArauca/EmXK_gz-ThBBoPI34F5cioMBr8QdYgQhv2PQkB_bJPkBEg?e=k2FMBW ARCHIVO FISICO. RUTA VIRTUAL.
	2	Adelantar las visitas de seguimiento y de inspección, vigilancia y control - IVC a establecimientos registrados y no registrados que comercialicen insumos veterinarios y material genético animal.	Se realizaron cuatro visitas de IVC en general de los establecimientos comerciales dedicados a la comercialización de insumos pecuarios y medicamentos veterinarios. Además se realizó el cargue de 55 RUV.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS: NA CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE: https://icaoti.sharepoint.com/:f:/s/SoporteContratistaArauca/EmXK_gz-ThBBoPI34F5cioMBr8QdYgQhv2PQkB_bJPkBEg?e=k2FMBW FORMAS: 3- 939
	3	Realizar los muestreos de medicamentos veterinarios ya alimentos para animales de acuerdo con las directrices que emita la dirección técnica de inocuidad e insumos veterinarios.	Se estuvo disponible para el apoyo y se brindó acompañamiento para cumplir con la obligación, pero no hubo requerimiento.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE ARCHIVO FISICO. RUTA VIRTUAL FORMAS: 3-139 V .5

	4	Apoyar adelantando las auditorias para la certificación de las Buenas Practicas Ganaderas - BPG y de seguimiento, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes, siempre que haya recibido el entrenamiento como auditor.	Se realizó supervisión en evento deportivo con el fin de garantizar el bienestar animal de los animales que se encontraban en competencia.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE: https://icaoti.sharepoint.com/:f:/s/SoporteContratistaArauca/EmXK_gz-ThBBoPI34F5cioMBr8QdYgQhv2PQkB_bJPkBEg?e=k2FMBW FORMA: 3-515
	5	Efectuar la toma de muestra del plan subsectorial de residuos de medicamentos y otras sustancias, así como del plan de resistencia a antimicrobianos, de acuerdo con las directrices de la dirección técnica de inocuidad e insumos veterinarios.	Se estuvo disponible para el apoyo y se brindó acompañamiento para cumplir con la obligación, pero no hubo requerimiento.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE. ARCHIVO FISICO. RUTA VIRTUAL
	6	Adelantar la socialización y divulgación de las normas vigentes en insumos veterinarios e inocuidad en la producción primaria, previa coordinación con el supervisor del contrato.	Se estuvo disponible para el apoyo y se brindó acompañamiento para cumplir con la obligación, pero no hubo requerimiento.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE. ARCHIVO FISICO. RUTA VIRTUAL
	7	Presentar los informes solicitados con la periodicidad acordada con el supervisor del contrato.	Se estuvo disponible para el apoyo y se brindó acompañamiento para cumplir con la obligación, pero no hubo requerimiento.	SISAD. N/A APLICATIVOS (SISCOP, SIGMA, etc.) N/A ACTAS. N/A CORREO ELECTRONICO. N/A DRIVE. ARCHIVO FISICO. RUTA VIRTUAL

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE DOCUMENTO NO REQUIERE DE IMPRESIÓN NI FIRMA.

CON SU CARGA EN EL APLICATIVO SIGECO, EN FORMATO PDF, EL CONTRATISTA APRUEBA SU CONTENIDO Y LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA. A SU TURNO, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON SU APROBACIÓN EN EL APLICATIVO SIGECO, CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PRESENTE INFORME Y, EN CONSECUENCIA, SE HACE RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LO REPORTADO EN ESTE DOCUMENTO.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019054021
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALVARO MAURICIO RODIL TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CL 9 22 12	TELÉFONO:	6358626
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Explotación mixta (agrícola y pecuaria).
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	05 - ALVARO1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4512645066**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995394302

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 174.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 174.800	$ 0	$ 174.800
SUBTOTALES:										**$ 174.800**	**$ 0**	**$ 174.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 136.500
SUBTOTALES:													**$ 136.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 136.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.500	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:									**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																												PENSIÓN									SALUD						ARP																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1019054021	RODIL GARCIA ALVARO MAURICIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000				NO	10																	25-14 COLPENSIONES	21	$ 1.092.000	$ 174.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 174.800	EPS005-SANITAS S.A.	21	$ 1.092.000	$ 136.500	$ 0	$ 136.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	21	$ 1.092.000	101905402	$ 11.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 322.800**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	10/08/2023

171303874

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rodi	Lon-	Alvaro	Mauricio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC ✓ PA SC	1.019.044.021	Femenino Masculino ✓	Información

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Colpensiones	1.560.000

18. Residencia — Dirección	Teléfono Fijo
Mz 1 C.S. Villa miami	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3138155712	mauricioroda1@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Neiva	Urbana ✓ Rural		Huila

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

YDATA

Powered by CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, SC, CD)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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.
- [ ] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: 1 — TOTAL: 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [x] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Reingreso 1619047

EPS Sanitas ARAUCA
10 AGO 2023

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Jaidic Jaiel	RECIBIDO PARA SU ESTUDIO	59000007

Powered by CamScanner

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019054021
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodil Torres,Alvaro Mauricio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	12/12/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rodil Torres,Alvaro Mauricio, a los 19 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALVARO MAURICIO RODIL TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019054021,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** 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 septiembre de 2023.



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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/09/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999069	**Cédula Usuario:**	CC 52077967
Nombre:	INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO ICA				
Dirección:	KR 68 A 24 B 10 ED PLAZA CLARO TO 3				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	sandra.guatavita@ica.gov.co				
Teléfono:	7563030		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 52077967	SANDRA ELIZABETH GUATAVITA GUZMAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	7680	22/09/2023	CC 1019054021	RODIL TORRES ALVARO	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

69274518F612AA4AF2D1DE5F24E8A927 Certificado impreso el día 9/21/2023 7:30:52 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

ALVARO MAURICIO
RODIL TORRES
1019054021

INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO ICA
899999069

Este carné es personal e intransferible.

Arauca septiembre 2023

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECURIO

REF: CERTIFICACION DEPENDIENTES DE EMPLEADOS- ARTICULO 387 ESTATUTO TRIBUTARIO Y ARTICULO 1.2.4.1.18 DUT 1625 DE 2016. (ACTUALIZADA CON ARTICULO 9 LEY 2277 DE 2022).

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, ALVARO MAURICIO RODIL TORRES, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1019054021 expedida en BOGOTÁ DC, para efectos de la aplicación de la deducción de la base de retención en la fuente por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario y el articulo 1.2.4.1.18 del DUT 1625 de 2016, certifico que:

Dependen económicamente de mí, las siguientes personas:

1. Dependencia de Hijos con edad hasta 18 años: SI (x) NO ( ).

Nombre y apellidos: GABRIELA RODIL GARCIA _____
Identificación: 1029411388 _____

- Se adjunta registro civil del menor.

2. Dependencia de Hijos con edad entre 18 y 23 años, del cual 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 por la autoridad competente. SI ( ) NO ( ).

Nombre y apellidos:_____
Identificación: _____

- Se adjunta recibo de matricula y/o certificación expedida por la entidad.

3. Los Hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. SI ( ) NO ( ).

Nombre y apellidos: _____
Identificación: _____

- Se adjunta certificación expedida por Medicina Legal

4. Dependencia de Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT. SI ( ) NO ( ).

Nombre y apellidos:_____
Identificación: _____

- Se adjunta certificación expedida por Contador Público.

5. Dependencia de Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. SI ( ) NO ( ).

Nombre y apellidos:_____
Identificación: _____

- Se adjunta certificación expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses ó certificación de la empresa Administradora de Salud del afiliado.

6. Dependencia de Padres y hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT. SI ( ) NO ( ).

Parentesco: _____
Nombre y apellidos:_____
Identificación: _____

- Se adjunta certificación expedida por Contador Público.

7. Dependencia de Padres y hermanos que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. SI ( ) NO ( ).

Parentesco: _____
Nombre y apellidos:_____
Identificación: _____

- Se adjunta certificación expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses o certificación de la empresa Administradora de Salud del afiliado.

Certifico que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes relacionados en el presente certificado, no ha sido solicitada por otro contribuyente. Y, me comprometo a informar al contratante cualquier novedad relacionada con la desaparición del derecho al beneficio aquí solicitado.

Cordialmente;



ALVARO MAURICIO RODIL TORRES

C.C. 1019054021

Arauca, Septiembre 2023

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO- ICA
Ciudad

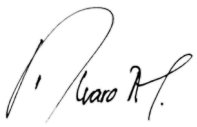
REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 –MODIFICADO LEY 2277 DE 2022- RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, ALVARO MAURICIO RODIL TORRES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1019054021 expedida en Bogotá DC, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022, **manifiesto bajo la gravedad de juramento que:**

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente indicada en el artículo 383 del Estatuto Tributario, los ingresos que percibo corresponden a rentas de trabajo, según lo establecido en el articulo 103 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



ALVARO MAURICIO RODIL TORRES
CC 1019054021

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886603402

(415)7707212489984(8020) 000001488660340 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 5 4 0 2 1	7	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 5 4 0 2 1	2 0 0 8 1 1 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODIL	TORRES	ALVARO	MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 19 15 16 BRR CRISTO REY

42. Correo electrónico: mauriciorodil@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 9 5 3 6 1 6	8 8 5 4 1 1 5

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
0 1 5 0	2 0 1 6 0 8 0 1	0 1 6 2	2 0 1 6 0 8 0 1	0 1 4 1	5 6 1 1	2 2 1 3	1

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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 61. Fecha 2023 - 01 - 05 / 13 : 41: 10

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RODIL TORRES ALVARO MAURICIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14886603402

(415)7707212489984(8020) 000001488660340 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 5 4 0 2 1	7	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 0 1 2 8	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 2 5 2 3 9	
78. Departamento	8 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 3 0 1 2 8		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ALVARO MAURICIO RODIL TORRES Identificado con CC 1019054021

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ARAUCA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24050339413
Fecha de apertura:	26 de Enero de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 19 de Septiembre de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social