## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHcsalamal | CLAUDIA SALAMANCA LOPEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-019-911310 | CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2023-10-18-2:06 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 2823 de fecha 2023-01-12. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 313623 | **Fecha Registro:** | 2023-09-19 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-019-911310 CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 8.154.400,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 8.154.400,00 | **Saldo x Obligar:** | 8.154.400,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 10541607 | **Razón Social:** | HAROLD ALBERTO RAMOS CASTILLO | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 24120828045 | **Banco:** | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 76320125 | **Nombre:** | ANDRESS COLLAZOS ROBLES | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO - CAUCA |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.5376015 | **Tipo:** | ACEPTACION DE OFERTAS | **Fecha:** | 2023-09-19 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 911324 CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA - CONSTRUCCIONES Y ADECUACIONES | C-3699-1300-14-0-3699016-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SEDES MANTENIDAS - FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL SENA A NIVEL NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 8.154.400,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 8.154.400,00 | 0,00 | 8.154.400,00 | 8.154.400,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | MANTENIMIENTO DE BIENES INMUEBLES: PRESTAR SERVICIO DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y MANEJO Y CONTROL DE PLAGAS EN LA SEDE GUAPI DEL CENTRO AGROPECUARIO REGIONAL CAUCA. HASTA EL 30-11-2023 $ 8.154.400 |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-019-911310 | CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-11-30 | 8.154.400,00 | 8.154.400,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 07 |
| | Código: GIL-F-010 |

## Proceso Gestión de Infraestructura y Logística

## Formato Acta de Recibo a Satisfacción

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Acta N° | CO1.PCCNTR.5376015 |
| FECHA: | 18 de octubre 2023 | CIUDAD/MUNICIPIO: | POPAYAN |
| COD REGIONAL: | 19 | REGIONAL | CAUCA |
| CENTRO DE COSTO: | CENTRO AGROPECUARIO | | |
| COD CENTRO DE COSTO: | 36-02-00-019-911310 | | |
| TIPO DE ADQUISICIÓN: | CONTRATO | TIPO DE ENTREGA: | UNICA ENTREGA |
| N° DE ACTO ADMINISTRATIVO: | CO1.PCCNTR.5376015 | FECHA ACTO ADMINISTRATIVO: | 15 DE SEPTIEMBRE 2023 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | C-3699-1300-14-0-3699016-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SEDES MANTENIDAS - FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTR | | |
| PROVEEDOR CONTRATISTA: | FUMIGACIONES- RASTOP | | |
| NIT/CEDULA DE CIUDADANIA: | 10541607 | | |
| VALOR TOTAL: | 8,154,400 | | |
| FECHA DE VENCIMIENTO: | 30 DE NOVIEMBRE 2023 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIO DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y MANEJO Y CONTROL DE PLAGAS EN LA SEDE GUAPI DEL | | |

CENTRO AGROPECUARIO REGIONAL CAUCA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CANTIDAD BIENES DEVOLUTIVOS | N/A | CANTIDAD BIENES DE CONSUMO | N/A |

## RECIBIDO A SATISFACCION:

A través del siguiente documento certifico que los bienes recibidos cumplen con las características técnicas y físicas establecidas por el SENA en el acto administrativo.

OBSERVACIONES: Los materiales fueron recibidos por el suscrito, CDP 2823

Registro presupuestal 313623 CUENTA DE COBRO NO.23 Por $ 8.154.400

CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA - CONSTRUCCIONES Y ADECUACIONES

ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SEDES MANTENIDAS - FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL SENA A NIVEL N

Asignación de recursos para contratar el control de vectores y roedores (fumigación) para el centro agropecuario - sede guapi

| | | | |
|---|---|---|---|
| FIRMA SUPERVISOR | | | |
| NOMBRE COMPLETO | CONCEPCION HURTADO CHANTRE | | |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1061696423 | | |
| CORREO INSTITUCIONAL | cohurtado@sena.edu.co | | |
| CARGO | Profesional G02 | N° DE CONTACTO | 3136712953 |

## PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

## ETAPA CONTRACTUAL
## FORMATO
## INFOME DE SUPERVISIÓN

| INFORME DE SUPERVISIÓN No. 01 del 18/10/2023 | |
|---|---|
| **DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:** | CENTRO AGROPECUARIO |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | Concepción Hurtado Chantre |
| **CONTRATO No:** | CO1.PCCNTR.5376015 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | Prestación de servicios |
| **OBJETO:** | PRESTAR SERVICIO DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y MANEJO Y CONTROL DE PLAGAS EN LA SEDE GUAPI DEL CENTRO AGROPECUARIO REGIONAL CAUCA |
| **VALOR:** | $8.154.400 M/cte. |
| **CONTRATISTA:** | FUMIGACIONES- RASTOP |
| **NIT:** | 10541607 |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | CENTRO AGROPECUARIO, POPAYÁN, CAUCA. |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 15 de septiembre de 2023 |
| **FECHA DE INICIO:** | 19 de septiembre de 2023 |
| **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:** | 76 DIAS |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 8.154.400 M/cte. |
| **VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:** | $ 8.154.400 M/cte . |
| **PRÓRROGA No x:** | N/A |
| **ADICIÓN No. 1:** | N/A |
| **SUSPENSIÓN No. 01:** | N/A |
| **REINICIO No.01** | N/A |

| OBLIGACIONES | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTO |
|---|---|---|
| 1. Cumplir con las especificaciones técnicas del objeto | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 2. Cumplir con los ofrecimientos de la propuesta | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 3. Para dar cumplimiento al objeto del contrato, el Contratista deberá cumplir con las obligaciones y prestar el servicio de fumigación de manera oportuna de acuerdo con la solicitud realizada por la entidad a través del Supervisor o del Subdirector del Centro respectivo o interesado, en las cantidades y calidades requeridas. | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 4. Garantizar la calidad de los elementos usados para la prestación del servicio | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 5. Realizar un diagnóstico para realizar los procesos de desinfección y control de plagas | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 6. Realizar el certificado de vigilancia conforme al servicio prestado | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 7. Hacer el programa de control de plagas durante la ejecución del contrato | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 8. Estarán a cargo del CONTRATISTA todos los gastos relacionados con el transporte para prestar el servicio descrito en las especificaciones técnicas. | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 9. El contratista debe cumplir con los requisitos tanto ambientales como de seguridad y salud en el trabajo establecidos en el presente estudio previo y ficha técnica durante la ejecución del contrato | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |
| 10. Entregar copia de las fichas de datos de seguridad de los Plaguicidas en idioma español | Se cumplió con la entrega y actividad establecida | Actividad cumplida satisfactoriamente |

| FECHA (Con corte al periodo a informar) | No. DE FACTURA | VALOR A CANCELAR | VALOR EJECUTADO | SALDO DEL CONTRATO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FÍSICA (Aplica para contratos de obras y adecuaciones) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | **No. de días ejecutados** | **%** |
| 18/10/2023 | **Cuenta de cobro 23** | $8.154.400 | $8.154.400 | $0 | **100%** | **100%** | |
| | | | | | | | |

## OBSERVACIONES

## 1. ASPECTOS CONTRACTUALES DEL CONTRATO

### 1.1. OBJETO

PRESTAR SERVICIO DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y MANEJO Y CONTROL DE PLAGAS EN LA SEDE GUAPI DEL CENTRO AGROPECUARIO REGIONAL CAUCA

## PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo para la ejecución del objeto contractual será de setenta y seis (76) días calendario a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

Se suscribió acta de inicio el 15 de septiembre de 2023

## 2. EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CDP** | **2823** | | |
| **TIPO DE CONTRATACIÓN:** | **Suministro** | **Compra** | **Servicio x** |
| **REGISTRO PRESUPRESTUAL** | **313623** | | |

| | |
|---|---|
| **RUBRO PRESUPRESTUAL** | C-3699-1300-14-0-3699016-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SEDES MANTENIDAS - FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL SENA A NIVEL NACIONAL |
| **VALOR COMPROMISO** | $8.154.400 |
| **VALOR ADICION** | **N/A** |
| **VALOR TOTAL CONTRATO** | $8.154.400 |
| **SALDO DEL COMPROMISO ANTES DEL PAGO:** | $8.154.400 |
| **VALOR A PAGAR** | $8.154.400 |
| **FACTURAS O CUENTA DE COBRO A PAGAR** | **CUENTA DE COBRO NO.23** |
| **SALDO DEL COMPROMISO POSTERIOR AL PRESENTE PAGO:** | **$0** |

## 4. **CONCLUSIÓN DE SUPERVISION**

El suscrito supervisor concluye que es procedente el pago por el valor de OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($8.154.400), ya que el proveedor ha cumplido a cabalidad con las especificaciones del tercer ítem contratado.

## 5. CERTIFICADO DE RECIBO A SATISFACCIÓN

En consecuencia, el suscrito supervisor mediante esta acta certifica que ha realizado la verificación y seguimiento al contrato suscrito mediante CO1.PCCNTR. 5376015, conforme la Resolución número 0202 de 2014, suscrita por la Dirección General del SENA mediante la cual se Expide y adopta el Manual de Supervisión e interventoría del Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, versión 5 código: GCCON-M-002. Que los aportes de seguridad social integral y pago de parafiscales del contratista FUMIGACIONES- RASTOP se encuentra a paz y salvo, conforme a la copia de la planilla de pago número 9456388448 correspondiente al mes de octubre de 2023, evidenciando que cumple con los requisitos de ley procedentes para el pago, se adjunta para el

proceso de pago una copia y una copia para el archivo en el expediente contractual. Igualmente se realizó verificación y seguimiento a la(s) siguiente(s) Factura(s):

| NUMERO DE FACTURA | VALOR | FECHA ELABORACION DE LA FACTURA |
|---|---|---|
| **CUENTA DE COBRO NO.23** | $8.154.400 | 06-10-2023 |

La(s) factura(s) en mención se encuentra(n) ajustada(s) financiera y tributariamente a lo contratado por la entidad; se entrega un original para trámite de pago y una copia con destino al expediente contractual.

Atentamente



CONCEPCION HURTADO CHANTRE
Supervisor del contrato
ANEXO(S):
Factura(s) **. CUENTA DE COBRO NO.23**
**Documentos contratista**

*Elaboró: Concepcion Hurtado Chantre*

# FUMIGACIONES -RASTOP

**Concepto Sanitario secretaria Departamental de Salud.**
**Nit. 10.541.607-8 Régimen Simplificado**

| CUENTA DE COBRO | 23 |
|---|---|

**SENA REGIONAL CAUCA CENTRO AGROPECUARIO**

**DEBE A:**

**FUMIGACIONES-RASTOP /HAROLD ALBERTO RAMOS C.**

**LA SUMA DE:**

**OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/cte.**

| VALOR EN NÚMEROS: | $ 8.154.400 |
|---|---|

**POR CONCEPTO DE:**

FUMIGACION Y CONTROL DE PLAGAS, SENA GUAPI

**Hago constar que no estoy obligado a facturar conforme lo dispuesto decreto Único Tributario 1625 de 2016 artículo 1.6.1.4.2. (Anexo copia del RUT donde consta que No soy Responsable de IVA).**
**El artículo 18 de la Ley 1943 de 2018 indica los cambios de conceptos de régimen simplificado a no responsables del impuesto a las ventas.**

| | |
|---|---|
| **CIUDAD Y FECHA:** | **POPAYAN 06– OCT/ DE 2023.** |
| **DIRECCIÓN:** | **CLLE 27 DN # 2-48 VILLA DEL PRADO BG 2** |
| **TELÉFONO:** | **8 24 71 21 - 3148664800** |
| **NOMBRE DE LA CUENTA:** | **AHORROS** |
| **NÚMERO DE LA CUENTA:** | 24120828045 |
| **TIPO DE CUENTA:** | **Ahorro** x **Corriente** |
| **NOMBRE DEL BANCO:** | **CAJA SOCIAL DE AHORROS** |
| **BENEFICIARIO DEL PAGO:** | **HAROLALBERTO RAMOS C.** |

**FIRMA:** _____

**C.C. # 10.541.607**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 21 Solicitud de retiro de IVA a no responsable

4. Número de formulario 14906133266

(415)7707212489984(8020) 000001490613326 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1054160778 | | Impuestos y Aduanas de Popayán 17 | |

## 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 13 | 10541607 | 1980 09 30 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Cauca 19 | Popayán 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMOS | CASTILLO | HAROLD | ALBERTO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| FUMIGACIONES-RASTOP | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Cauca 19 | Popayán 001 |

41. Dirección principal: CL BARRIO VILLA DEL PRADO B G 2

42. Correo electrónico: rastop.2017@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 190001 | 3148664800 | |

## 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 |
| 8129 | 2023 01 16 | 8130 | 2023 01 16 | 2029 | | | | 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 5 | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 03 - 30 / 15 : 57: 50

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 PARRA MELLIZO GABY SANDRA
985. Cargo Gestor III

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: 14906133266

(415)7707212489984(8020) **000001490613326 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7 | |

**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 | 2 0 2 3 0 1 1 6 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 3 0 1 1 6 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 2 2 9 2 2 3 | |
| 78. Departamento | 1 9 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 2 8 | |
| 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 | | Año Mes Día | | - |
| 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14906133266

(415)7707212489984(8020) **000001490613326 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de limpieza de edificios e instalaciones industriales 8 1 2 9 | |

| 162. Nombre del establecimiento | | |
|---|---|---|
| FUMIGACIONES RASTOP | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 | |
| 165. Dirección | | |
| CL 27 D N 2 48 BG 2 | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| 1 7 1 5 4 3 | 2 0 1 7 0 7 1 2 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 3 1 4 8 6 6 4 8 0 0 | | |

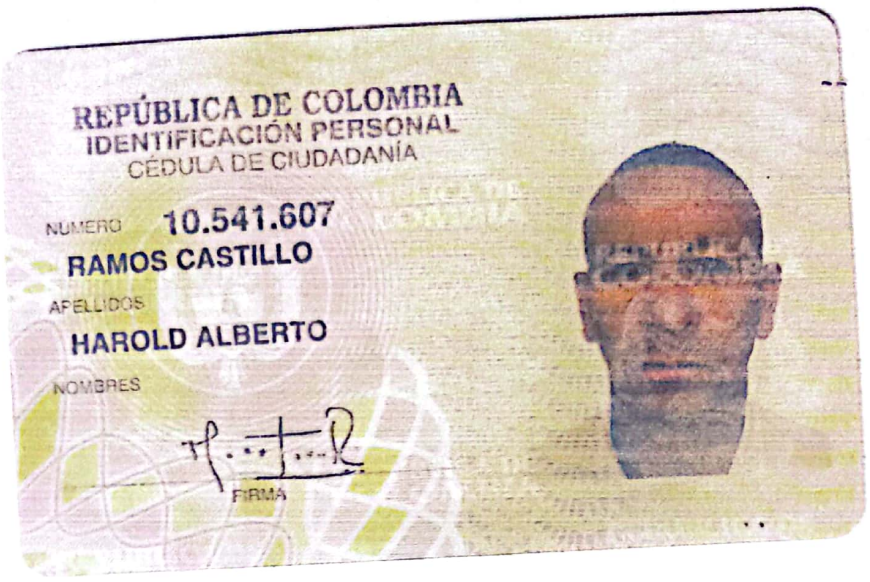
**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| | | |
| 162. Nombre del establecimiento | | |
| | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| | | |
| 165. Dirección | | |
| | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| | | |
| 162. Nombre del establecimiento: | | |
| | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| | | |
| 165. Dirección | | |
| | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 10.541.607

RAMOS CASTILLO

APELLIDOS

HAROLD ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1962

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

30-SEP-1980 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1100100-01260121-M-0010541607-20220215 0078170569A 1 8504111409

**HEREBY STATES:**

That customer(s)

HAROLD ALBERTO RAMOS CASTILLO identified with CC 10541607

Currently has (have) a Savings Account product, filed in the office LA ESMERALDA, with the following characteristics:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Number:** | 24120828045 |
| **Opening date:** | February 22, 2023 |
| **Terms of use:** | Individual, 1 signature(s), 0 humid or rubber stamp(s), without protection |
| **State:** | Active account |

This certificate is issued to whom it may concern, created in the Digital Channel of the city of Bogotá, on day Friday, April 21 of 2023.

Cordially,

**Vice Presidency of Retail Banking**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

aportes en línea

# Planilla Integrada

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación** | **dv** | **Razon Social** | **Clase Aportante** | **Sucursal Principal** | **Direccion** | **Ciudad-Departamento** | **Teléfono** | **Exonerado SENA e ICBF** |
| CC 10541607 | | RAMOS CASTILLO HAROLD ALBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 27d 2 48 | POPAYAN-CAUCA | 3148664800 | Si |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo** | | **Clave** | | **Tipo** | **Fecha** | | **Pago** | | |
| **Pensión** | **Salud** | **Pago** | **Planilla** | **Planilla** | **Limite** | **Pago** | **Banco** | **Dias Mora** | **Valor** |
| 2023-09 | 2023-09 | 183583893 | 9456388448 | I | 2023/10/03 | 2023/09/27 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $195,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo id | No id | Nombre | Tipo Cotizante | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicación en el Exterior | ing | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha Inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | vc |
| 1 | CC | 10541607 | RAMOS CASTILLO HAROLD ALBERTO | Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales - Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | **Afiliados(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA PAGADA

| | | | | | | | SALARIO | | | PENSION | | | | | | | | | | | | | SALUD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| :t | Fecha Inicio vct | Fecha Fin vct | irl | Fecha Inicio irl | Fecha Fin irl | vip | Valor | Integral | Tipo de Salario | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Tarifa Alto Riesgo Pensión | Valor Cotización | Cotización Voluntaria Empleador | Cotización Voluntaria Afiliado | Fondo Solidaridad Pensional | Fondo Subsistencia | Valor No retenido | Total | AFP Destino | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Valor UPC |
| | | | | | | | $ 1.160.000 | No | | | 0 | $ 0 | 0% | SIN RIESGO | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | ASMET SALUD EPS SAS | 30 | $ 1.160.000 | 12,5% | $ 145.000 | $ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | | | | | | $ 145.000 | |

| | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | EPS Destino | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Días | IBC | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| 0 | $ 145.000 | | | 0 | $ 0 | 0% | $ 0 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | $ 1.160.000 | 4,35% | 4 | $ 50.500 | 0 | $ 0 | 0% | $ 0 | 0% | $0 | 0% | $0 | 0% | $0 | No |
| | $ 145.000 | | | | | | $ 0 | | | | | | $ 50.500 | | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | |

aportes en línea

# Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 10541607 | | RAMOS CASTILLO HAROLD ALBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 27d 2 48 | POPAYAN-CAUCA | 3148664800 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 183583893 | 9456388448 | I | 2023/10/03 | 2023/09/27 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $195,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $50,500 | $0 | $0 | $50,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $50,500 | $0 | $0 | $50,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| ASMET SALUD EPS SAS | ESSC62 | 900,935,126 | 7 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$195,500** | **$0** | **$0** | **$195,500** |