GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 5
		CÓDIGO: A-GF-GI-F-005
CONSTANCIA DE RADICACIÓN PAGO FINAL, PARCIAL O ÚNICO		FECHA: 24/Jun/2022

Contrato No.	**CONTRATO DE CONSULTORIA 4766 DE 2024**
Contratista:	**PRORESILIENCIA SAS. R.L. MARIA CAMILA JIMENEZ HERNANDEZ**
Teléfono y Correo Electrónico:	**3008637874 - camila.jimenez@proresiliencia.com**
Periodo Informe Supervisión:	**27 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 26 DE FEBRERO DE 2025**
Pago	Único _____ Parcial__X___ Final_____

DOCUMENTO	DESTINO
	CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de Radicación Pago Final Parcial o Único	**X**
Registro Presupuestal. RPC primer pago o pago único	**N.A.**
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema General de Regalías.	**N.A.**
Certificación Bancaria a nombre del contratista para primer pago o cuando requiera reportar novedad sobre la cuenta. Nota: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria. Nota: Para el caso de anticipos la cuenta bancaria debe venir denominada con el número y nombre del contrato	**N.A.**
Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos.	**X**
Copia Contrato o Convenio. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere).	**N.A.**
Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal	**N.A.**
Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la mínuta del contrato o convenio	**N.A.**
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal del Interventor	**N.A.**
Acta de Iniciación de contrato. 1er Pago y pago único	**N.A.**
Acta de Aclaración	**N.A.**
Acta de Suspensión	**N.A.**
Acta de Reiniciación	**N.A.**
Acta Parcial. Nota: Dejar claridad en observaciones cuando exista Cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o mas fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta parcial)	**X**
Sábana, solamente para Contrato de Obra	**N.A.**
Factura electrónica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. y Art.1.6.1.4.8 decreto 1625/2016 para el caso de consorcios y uniones temporales	**X**
Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos)	**N.A.**
Certificación de cumplimiento del periodo a pagar expedida por el supervisor. Nota aplica únicamente para arrendamientos o contratos que lo soliciten en la cláusula forma de pago	**N.A.**
Acta de Terminación	**N.A.**
Acta de Recibo Final. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	**N.A.**
Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de liquidación)	**N.A.**
Aclaratoria Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato aclaratoria acta de liquidación)	**N.A.**
Para pago final Contrato de Interventoría, Acta de Liquidación de Contrato al que se realiza la Interventoría	**N.A.**
Planillas aportes en seguridad social del periodo autorizado a pagar	**X**
Para Personas Naturales Certificación por parte del contratista de aportes en seguridad social y para efectos de Retención en la fuente de acuerdo al Art. 18 de la Ley 1819 de 2016 que adiciona el Art. 388 del Estatuto Tributario; en lo que compete a Número de Empleados informando el régimen al que pertenece.	**N.A.**
Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores.	**X**
Paz y Salvo COMFABOY, y Certificación FIC expedida por el SENA (Parafiscales cuando aplique)	**N.A.**
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	**X**
Recibo de pago Estampilla Prodesarrollo y Sobretasa Bomberil s/n lo establecido en la Ordenanza 022/12, Capítulo II Art. 206 - 214 y Capítulo III Art. 215 – 227 y demás normas reglamentarias. Para Vigencia 2017 y vigencias anteriores	**N.A.**
Otros, informes, actas y demás documentos, si lo establece el contrato en la cláusula forma de pago del contrato. 1._____ 2._____ 3. _____	**X** Digitar documentos de acuerdo a lo establecido en forma de pago.

OBSERVACIONES:

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos..
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los datos diligenciados por Funcionario de Central de Cuentas deben contener Nombre completo, claro y legible.
6. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

GOBERNACION DE BOYACA
NIT. 891800498-1

FECHA (D/M/A): 10/04/2025 — INGRESO: CONSIGNACION Nº **3363**
CUENTA Nº: 61636690-2 — BANCO DE BOGOTA
CLASIFICACION: VIGENCIA ACTUAL
CONCEPTO: REINTEGRO RENDIMIENTOS FINANCIEROS CONVENIO 4766 DE 2024 / REG BPPID 2024 00415 0139 / CONSIG 08/04/2025

CENTRO UTILIDAD:
RECIBIMOS DE: PRORESILIENCIA S.A.S — C.C. ó NIT: 901682520
LA SUMA DE : DOCE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS EN M/CTE

Imputación Contable			Distribución en Usos y/o Rubros	
CUENTA	DEBITO	CREDITO	USO Y/O RUBRO	VALOR
111006010102	$12.899,00	$0,00	0302 - 120502001 - 1001-Provenientes de Recursos de	12.899,00
4802010101	$0,00	$12.899,00		
	$12.899,00	$12.899,00		

TOTAL EFECTIVO: 12.899,00 — TOTAL CHEQUE: 0,00 — *TOTAL:* $12.899,00

ELABORADO POR
Tesorería General del Departamento

ORIGINAL
Elaboro: DIANA

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1			
FECHA PRESENTE ACTA	2 DE ABRIL DE 2025			
CONTRATO __X__ CONVENIO ____	4766		DE FECHA:	24/12/2024
OBJETO	ACTUALIZAR LOS PLANES MUNICIPALES DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y ESTRATEGIAS MUNICIPALES PARA LA RESPUESTA A EMERGENCIAS DE 12 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.			
CONTRATISTA	PRORESILIENCIA SAS R.L. MARÍA CAMILA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ			NIT: 901682520-2 C.C: 1.015.434.633
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	JAISSÓN ALFREDO CARREÑO CALDERÓN			C.C: 1.052.395.866
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 561.554.021,60		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 561.554.021,06		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° _N.A._	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° _N.A._	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 561.554.021,60			
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES			
PRORROGA N° _N.A._	Tiempo:	N.A.	De Fecha:	N.A.
PRORROGA N° _N.A._	Tiempo:	N.A.	De Fecha:	N.A.
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES			
FECHA DE INICIACIÓN	27 DE DICIEMBRE DE 2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _N.A._	De Fecha:	N.A.		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _N.A._	De Fecha:	N.A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	26 DE JULIO DE 2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	26 DE JULIO DE 2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	27 DE DICIEMBRE DE 2024 A 26 DE FEBRERO DE 2025			
RBPP N°	2024 00415 0139			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: _11072_ AÑO: _2024_, RPC No: _3895 AÑO_2025.

En las oficinas de la Gobernación de Boyacá se reunieron el señor, JAISSON ALFREDO CARREÑO CALDERÓN Interventor / Supervisor y la señora MARIA CAMILA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ como representante legal de PRORESILIENCIA, con el fin de suscribir la presente acta.

Revisados los productos de la consultoría se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales de acuerdo a las planillas N° 84213075, 9481626778, 9480906824, 84368457, 9482090317, 9481562541, 4591490765, 4594356441, 9480953934 y 9481806723 de los meses de Enero y Febrero de 2025 de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 168.466.206,48
Sumatoria Amortizaciones	$ 65.946.000,00
Saldo por Amortizar	$ 102.520.206,48

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion*

(aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	561.554.021,60	
Amortización Anticipo		65.946.000,00
Valor a pagar de la presente acta		75.809.792,92
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		419.798.228,68
Sumas iguales	561.554.021,60	561.554.021,60

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 88200003644	BANCO: BANCOLOMBIA	AHORROS: X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: ninguna

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 0534- 2025

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: JAISSON ALFREDO CARREÑO CALDERÓN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: PRORESILIENCIA SAS
R.L MARIA CAMILA JIMENEZ HERNANDEZ
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
ANA MARIA ROJAS BERNAL
Fecha: 05.05.2025

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
910751330b6c83d788ea2af946ccc10f223556f48845409015ec20da9d041de360e3c78be65ba76cd235fcfa2af8e896

Número de Factura: FEPR-27
Fecha de Emisión: 07/04/2025
Fecha de Vencimiento: 07/05/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PRORESILIENCIA S.A.S.
Nombre Comercial: PRORESILIENCIA S.A.S.
Nit del Emisor: 901682520
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7020

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: DIAGONAL 41 NO. 17 A 136
Teléfono / Móvil: 3008637874
Correo: proresiliencia.cont@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DE BOYACA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 891800498
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-15
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: Calle 20 9 - 90 Casa de la Torre
Teléfono / Móvil: 7420150
Correo: proresiliencia.cont@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	7020 CONSULTORIA Y GESTION	ACTUALIZAR LOS PLAN ES MUNICIPALES DE GE STION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ESTRATE GIAS MUNICIPALES PA RA LA RESPUESTA A E MERGENCIAS DE 12 MU NICIPIOS DEL DEPART AMENTO DE BOYA	NIU	1,00	$ 63.705.708,34	$ 0,00	$ 0,00	$ 12.104.084,58	19.00			$ 63.705.708,34

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido
1	$ 65.946.000,00	06/02/2025

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
07/04/2025 09:00:30
Documento validado por la DIAN:
07/04/2025 09:00:31
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		63705708.34
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		63705708.34
IVA		12104084.58
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		12104084.58
Total neto factura (=)		75809792.92
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 75809792.92

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	65946000

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		63.705.708,34
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		63.705.708,34
IVA		12.104.084,58
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		12.104.084,58
Total neto factura (=)		75.809.792,92
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 75.809.792,92

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	65.946.000,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764078541616 Rango desde: 26 Rango hasta: 100 Vigencia: 2025-08-31

aportes en línea

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 1015434633		JIMENEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 8 a N° 30-22	TUNJA-BOYACA	2367093	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1261611518	9481626778	I	2025/02/10	2025/02/12	BANCOLOMBIA	2	$813,900

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)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
1	CC	1015434633	JIMENEZ MARIA	230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS017	30	$2,800,000	$350,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,800,000	$14,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0

aportes en línea

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 1015434633		JIMENEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 8 a N° 30-22	TUNJA-BOYACA	2367093	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1261611518	9481626778	I	2025/02/10	2025/02/12	BANCOLOMBIA	2	$813,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$600	$0	$448,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$448,000	$600	$0	$448,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$100	$0	$14,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,700	$100	$0	$14,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$500	$0	$350,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$350,000	$500	$0	$350,500
TOTAL				**1**	**$812,700**	**$1,200**	**$0**	**$813,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049640956		MUÑOZ MORENO MAIRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 5 no 5 60	VENTAQUEMADA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	46007337	9480906824	I	2025/02/13	2025/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
Ciudad: VENTAQUEMADA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
1	CC	1049640956	MUÑOZ MAIRA																	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049640956		MUÑOZ MORENO MAIRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 5 no 5 60	VENTAQUEMADA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	46007337	9480906824	I	2025/02/13	2025/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7177731
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			GERMAN RAFAEL BERMUDEZ ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DG 41 17A 136	TELÉFONO:	7006001
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4591490765	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0991717069

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	$ 1.088.000	$ 0	$ 0	$ 34.000	$ 34.000	$ 2.200	$ 200	$ 1.156.000	$ 2.400	$ 1.158.400
SUBTOTALES:										**$ 1.156.000**	**$ 2.400**	**$ 1.158.400**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 850.000	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 850.000	$ 1.700	$ 0	$ 851.700
SUBTOTALES:													**$ 850.000**	**$ 1.700**	**$ 0**	**$ 851.700**

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	$ 35.500	$ 35.500	$ 100	$ 0	$ 35.600
SUBTOTALES:									**$ 35.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 35.600**

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 7177731	BERMUDEZ ARENAS GERMAN RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 6.800.000	$ 1.088.000	$ 34.000	$ 34.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.156.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 6.800.000	$ 850.000	$ 0	$ 850.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 6.800.000	7177731	$ 35.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 2.045.700**

Planilla Pagada

aportes en línea

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 7178265		ROJAS MESA NELSON IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11B No. 2B 76	TUNJA-BOYACA	7407927	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1264142538	9480953934	I	2025/02/17	2025/02/13	BANCOLOMBIA	0	$278,700

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)					$960,000	$153,600			$960,000	$120,000			$0	$0			$960,000	$5,100		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$960,000	$153,600			$960,000	$120,000			$0	$0			$960,000	$5,100		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$960,000	$153,600			$960,000	$120,000			$0	$0			$960,000	$5,100		$0	$0
1	CC	7178265	ROJAS NELSON	230301	18	$960,000	$153,600	EPS037	18	$960,000	$120,000		0	$0	$0	14-23	18	$960,000	$5,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$960,000	$153,600			$960,000	$120,000			$0	$0			$960,000	$5,100		$0	$0

aportes en línea

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 7178265		ROJAS MESA NELSON IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11B No. 2B 76	TUNJA-BOYACA	7407927	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1264142538	9480953934	I	2025/02/17	2025/02/13	BANCOLOMBIA	0	$278,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,600	$0	$0	$153,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$153,600	$0	$0	$153,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,100	$0	$0	$5,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,100	$0	$0	$5,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,000	$0	$0	$120,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$120,000	$0	$0	$120,000
TOTAL				1	$278,700	$0	$0	$278,700

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1052397597	RUBY ALEJANDRA LOPEZ SISSA	Cl. 175 #20a-65, Bogotá	3143872696	alefalopez19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	84213075	$441.800	

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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1052397597	RUBY ALEJANDRA LOPEZ SISSA		Cl. 175 #20a-65, Bogotá	3143872696	alefalopez19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	84213075	$441.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1052397597	LOPEZ SISSA RUBY ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACIÓN PAGO PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES -*ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002*

PERSONA JURÍDICA

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal MARIA CAMILA JIMENEZ HERNANDEZ, en calidad de Representante Lega y OLGA ROCIO AUNTA HIGUERA en calidad de Contador de la sociedad PRORESILIENCIA SAS., identificada con NIT No. 901.682.520, certifica que la mencionada sociedad No cuenta con personal vinculado laboralmente, sin embargo el personal contratado por prestación de servicios se ha verificado que realicen los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social y aportes parafiscales.

Dado en Tunja, a los 7 dias del mes de Abril de 2.025.

Firma _____
MARIA CAMILA JIMENEZ HERNANDEZ
Representante Legal

_____
OLGA ROCIO AUNTA HIGUERA
Contador Publico
T.P. 75218 - T

Certificado No:

B00DDAA6F2799DA9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OLGA ROCIO AUNTA HIGUERA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40041652 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 75218-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

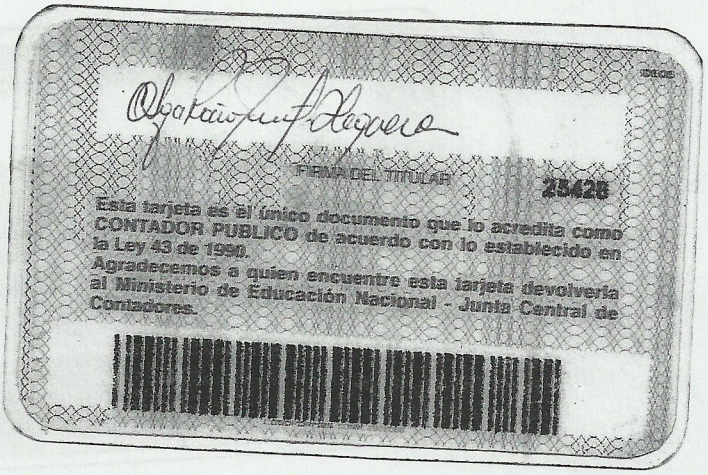
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
75218-T
OLGA ROCIO
AUNTA HIGUERA
C.C. 46041452
RESOLUCION INSCRIPCION 174 FECHA 2000/11/28
UNIVERSIDAD PUBD, UNIV. DE BOYACA
83539



IDEOS
FIRMA DEL TITULAR
25428
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155852660

(415)7707212489984(8020) 000014115585266 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 8 2 5 2 0	2	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
PRORESILIENCIA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
DIAGONAL 41 NO. 17 A 136

42. Correo electrónico proresiliencia.cont@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 6 3 7 8 7 4	

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
7 1 1 2	2 0 2 3 0 2 0 7	7 0 2 0	2 0 2 3 0 2 0 7		8 5 5 1	4 7 9 1		0

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	7	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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 JIMENEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141155852660

(415)7707212489984(8020) **000014115585266 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 6 8 2 5 2 0	2	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	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	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 2 3 0 1 3 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 3 0 2 1 1	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 2 0 8 5 9 1	
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 2 3 0 2 1 1	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

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	8 1	2 0 2 3 0 1 0 1		-
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

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141155852660

(415)7707212489984(8020) **000014115585266 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 8 2 5 2 0	2	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 1 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 1 5 4 3 4 6 3 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
JIMENEZ	HERNANDEZ	MARIA	CAMILA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO