	DEPARTAMENTO DEL HUILA	COD. FORMATO	**FO-ADM**
	EMPRESAS PUBLICAS DE RIVERA	VERSIÓN	1
	NIT: 900126216-0	FECHA APROBACIÓN	03/01/2025

PROCESO CONTRATACIÓN DIRECTA DE APOYO A LA GESTIÓN – PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

FORMATO: LISTA DE DOCUMENTOS PARA PRESENTARCUENTA DE COBRO:

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA					
CLASE DE CONTRATO	**CONTRATACION DIRECTA**		**No. CONTRATO**	**009**	
CONTRATISTA	**INVERSIONES SBT S.A.S**		**NIT**	**901542448-1**	
APOYO A LA GESTION		**PRESTACION DE SERVICIOS**		**OTROS**	**X**

DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO

	ITEM	**SI**	**NO**	**NA**
1	Esta Lista de Chequeo	/		
2	Formato único de registro de cuenta- FURC (debidamente diligenciado y firmado).	/		
3	Cuenta de Cobro (Factura Equivalente)	/		
4	Informe del Contratista	/		
5	Soportes Pagos de la Seguridad Social en Salud, (Si el Contrato supera un tope de dos salarios mínimos legales vigentes, se debe tener en cuenta que la base de Cotización es sobre el 40% del valor del Contrato y/o pago mensual, sin que este valor este por debajo del salario mínimo legal vigente. Los Timbres de Pago de las Planillas, y/o soportes de pago de la SSSS deben ser legibles. No se aceptan los resúmenes de liquidaciones sin el debido comprobante de pago, (se presenta en Todas las cuentas y/o pagos), y es aplicable a Persona Natural.	/		
	Para los contratistas (Persona Jurídica), el pago de la seguridad social se soporta con: - Certificado del Revisor Fiscal, Contador, o Gerente de la Entidad Jurídica, según corresponda. - Copia de la Cedula de quien certifica. - Copia Tarjeta Profesional para el caso de Revisor Fiscal y Contador. - Copia Acta de vigencia Tarjeta Profesional, proferida por el Colegio de Contadores, para el caso de revisor fiscal y contador. (Artículo 50 de la Ley 789 de 2002). **Se aportan estos documentos en todos los pagos**	/		
6	Copia Acta de Inicio del Contrato **(Solo para el Primer Pago)**			
7	Copia Recibo de Pago de los Impuestos de Legalización del Contrato. **(Solo para el Primer Pago)**			
8	Pólizas, (Garantías, cuantas se hayan exigido en el Contrato), debidamente aprobadas y aceptadas y/o firmadas por el Tomador. (solo si en el contrato se exige o se requiere según corresponda a la complejidad del contrato). Constancias de pago de aportes a Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA y demás requisitos que se exijan en la parte contractual.	/		
9	Copia de la certificación bancaria	/		
10	Copia del RUT **(Solo para el Primer Pago)**	/		
11	Certificación Disminución de la base de Retención en la fuente conforme a los Decretos 4713 de 2005, Decreto 2271 de 2009, y demás normas concordantes, o complementarias, **(Se debe adjuntar en cada pago).**			
12	Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal – **CDP (Solo para el Primer Pago)**			
13	Copia del Registro Presupuestal – R.P **(Solo para el Primer Pago)**			
14	Informe del Supervisor del Contrato (Este informe debe expedir el Supervisor del Contrato, y en él debe estar la certificación de Cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales del respectivo contrato).	/		
15	Acta de Terminación, (Solo si es aplicable al contrato-ultima cuenta).			
16	Acta de Liquidación, (Solo si es aplicable al contrato-ultima cuenta).			

OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN LA NATURALEZA CONTRACTUAL

La documentación aquí descrita y definida como los documentos que deben hacer parte de la presentación de cuentas de cobro a Tesorería, deben corresponder a documentos fehacientes, legibles, sin enmendaduras ni tachones. Deben presentarse firmados por quien genera el informe y por los responsables de la supervisión de aquellos documentos que correspondan se deben firmar, y deben estar agarrados con grapas o ganchos prensa papel, y debidamente foliados. La documentación incompleta no se recibe.

Tanto los supervisores como los interventores (cuando aplique), deben verificar que los soportes del pago a la seguridad social correspondan en cuanto a monto, fecha o periodo de cotización, y porcentajes a aplicar. Teniendo en cuenta que todo contrato que supere más de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes, su base de cotización lo constituye a partir del 40% del valor a pagar o del valor del contrato, sin que esta base sea inferior a un salario mínimo mensual vigente.

Y Para Riesgo Laboral, recuerde que el riesgo se paga de acuerdo a la clasificación en la cual haya sido identificado la labor de su contrato, (Para ello se deben comunicar con la profesional responsable de Salud ocupacional).

Aclaración: Si una cuenta es devuelta, se considera como fecha de inicio, la fecha en que vuelve a ser radicada una vez subsanado los hechos que dieron origen a la devolución.

CALENDARIO PARA LA RECEPCION DE CUENTAS Y PAGO DE LAS MISMAS.

Para efectos de garantizar una mayor eficiencia en la administración de tesorería, se fija el siguiente calendario para la recepción de las cuentas y el pago de las mismas.

Martes y miércoles se reciben cuentas en horario de oficina – (Horario Laboral), y si estas, están debidamente documentadas y validadas y/o aceptadas por contabilidad, serán giradas los días **viernes.**

Jueves y viernes, se reciben cuentas en horario de oficina – (Horario Laboral), y si estas, están debidamente documentadas y validadas y/o aceptadas por contabilidad, serán giradas el día **miércoles de la semana siguiente.**

Las cuentas deben ser entregadas al apoyo administrativo cada supervisor delegado, jefe de unidad o dueño de procesos, y no por el Contratista.

APLICACIÓN LISTA CHEQUEO – SUPERVISORA ENCARGADA

OBSERVACIONES GENERALES:

NOMBRE DE LA FUNCIONARIA QUE REVISA	FIRMA DEL FUNCIONARIO	FECHA ENTREGA
Lina Fernanda Ortiz		06 agosto 2026

	FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN DE CUENTAS FURC	FOR-GER Versión: 01 Vigente desde : Agosto 02de 2024

RADICADO INTERNO	FECHA DE RECIBIDO

Diligenciar Únicamente a Computador

1- Clase y Datos del Contrato

Tipo de contrato	CONTRATO DE SUMINISTRO					Nro.	9			Fecha:	30	1	2026
Proveedor	INVERSIONES SBT S.A.S.					NIT	X	C.C		No.	901542448-1		
Dirección :		Correo Electronico	inversionessbt3@gmail.com			Teléfonos					3177555000		
Establecer si Persona natural o Juridica	Natural		Juridica	X									

2- Sistema de pagos

Cuenta Bancaria		Banco			Ahorros		Corriente x

3- Información Tributaria

Responsable de IVA		Autorretenedor de Renta		Contribuyente de Renta	x	Código actividad ICA del RIT	
Gran Contribuyente		Prima el factor material		Prima el factor intelectual		Régimen Tributario especial de renta. Art. 19 E.T. y Art. 14 Dec. 4400 de 2004	
Retefuente Honorarios		Tabla Art. 383 ETN		Retención 10% u 11%		Régimen Simple de Tributación SIMPLE Art. 905 del ETN	

4- Esta Obligado a Facturar Electronicamente

SI	X	NO	

5- Información del Compromiso

Objeto :	Copiar tal cual aparece en el contrato ; "el objeto"

"PRESTAR A EMPRESAS PÚBLICAS DE RIVERA S.A. E.S.P. DE FORMA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE POR PARTE DEL CONTRATISTA LOS SERVICIOS DE ALQUILER DE VEHÍCULO TIPO CAMIONETA 4X4, DOBLE CABINA, PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE TRANSPORTE DE PERSONAL, MATERIALES, HERRAMIENTAS E INSUMOS".

Plazo Inicial: (copiar tal cual parece en el objeto)	EL PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO SERÁ EL NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL PROMETIDA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ALLÍ ESTABLECIDOS, CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO RESPECTIVA Y
Plazo otrosi: (copiar tal cual parece en el objeto)	**En atención a la necesidad de continuar desarrollando las actividades operativas asociadas al Contrato Interadministrativo N° 228 de 2026, se considera necesario prorrogar el plazo de ejecución del Contrato N° 009 de 2026 por el término de DOS (2) MESES, garantizando de esta manera la continuidad del servicio de transporte requerido por EMPRESAS PÚBLICAS DE RIVERA S.A. E.S.P.**

Forma de Pago: Copiar como aparece en el contrato	El valor total del contrato, incluida la presente adición, asciende a la suma de OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($86.400.000) M/CTE IVA INCLUIDO, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones y demás gastos en que deba incurrir EL CONTRATISTA para la ejecución del objeto contractual. Los pagos se realizarán en mensualidades por los días de servicio efectivamente prestados, previa presentación de las respectivas cuentas de cobro y/o facturas parciales debidamente soportadas, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, soporte de pago de seguridad social y demás documentos exigidos contractualmente.

Fecha de Inicio	30	01	2026
Fecha de otrosi	27	07	2006

Información Presupuestal Inicial:

CDP	RP	recurso y/o fuente
2026000050		alumbrado publico

Información Presupuestal Adicional:

CDP	RP	recurso y/o fuente
2026000522		alumbrado publico

Suspensión No. _____ Tiempo: _____

Adición No. 1 Tiempo: 2 meses

6- Clase de Pago

Unico Pago		Pago No.	06	% EJECUCION	75,0	Periodo:	De	Fecha	01	07	2026
				Total de pagos:	08		A:	Fecha	31	07	2026

Anticipo → % Anticipo → Valor Anticipo

Valor Inicial del contrato:	64.800.000,00
Valor Adición:	21.600.000,00
Valor Total del contrato:	86.400.000,00
Total Ejecutado:	$ 64.800.000,00
Valor a Cobrar en el Periodo:	10.800.000,00
Saldo por ejecutar:	$ 21.600.000,00

Cuenta 1	Cuenta 2	Cuenta 3	Cuenta 4	Cuenta 5	Cuenta 6
$ 10.800.000,00	$ 10.800.000,00	$ 10.800.000,00	$ 10.800.000,00	$ 10.800.000,00	$ 10.800.000,00
Cuenta 7	Cuenta 8	Cuenta 9	Cuenta 10	Cuenta 11	Cuenta 12

7- Pago de Seguridad Social **Valor Total: $ 699.600**

Periodos Pagados	Pago ARL	Pago Pensión	Pago Salud	Pago Caja de compensación	Número de Planillas de Seguridad Social
JULIO	$ 42.700	$ 280.200	$ 218.900	$ 157.800	9508477392

8- Autorización Radicación del pago

Declaración: 1. Con su firma el Supervisor y/o Interventor y el contratista Certifican que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato y que la información contenida en este FURC es verdadera, que la cuenta cumple con los compromisos adquiridos en el contrato y todos los requisitos de ley (incluidos los aportes al sistema general de seguridad social . 2. Igualmente dan fe de estar a paz y salvo en todos los tributos y obligaciones adquiridas con el Municipio de Rivera. Por tal motivo se autoriza la radicación de este FURC para el inicio del proceso de Pago.

Firma del Contratista	Firma del apoyo supervisión	Firma del Supervisor (Unicamente Directivos, coordinadores o Lideres de
HECTOR JAVIER TRUJILLO FLOREZ - INVERSIONES SBT S.A.S.		NELSON ENRIQUE CASTRO PERDOMO

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR CONTABILIDAD Y TESORERIA

9- Firmas por parte de Contabilidad y Tesoreria

Visto bueno Revisor de Cuenta	Visto bueno Contabilidad (Firma, nombre y fecha)		Aprobación de Tesorería con nombre, firma y fecha de aprobación

INVERSIONES SBT S.A.S.

INVERSIONES SBT S.A.S.
Nit: 901542448
Dirección: CL 6 B 26 99 BRR LA GAITANA Huila - Neiva
Correo: inversionessbt3@gmail.com
Teléfono: 3177555000 -
Responsable de IVA.
Vendedor: INVERSIONES SBT S.A.S.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° SBT24

fecha 2026-08-04 11:57:50

Autorización de numeración DIAN Nº 18764100157814 prefijo SBT desde la 1 hasta 10000 vigencia, del 2025-10-15 hasta el 2027-10-15

Fecha de emision :	2026-08-04 11:57:47		
Cliente :	EMPRESAS PUBLICAS DE RIVERA S.A. E.S.P.	**Pago :**	Contado - Efectivo
NIT :	900126216 0	**Correo :**	empresaspublicas@rivera-huila.gov.co
Dirección :	CL 7 A 7 33 Huila - Rivera	**Telefono :**	3178937135

Nº	Codigo	Descripción	Cantidad	V unit	Base	Total Neto
1	Generico	ALQUILER DE CAMIONETA DESDE EL DÍA 01 DE JULIO AL DÍA 31 DE JULIO DEL AÑO 2026	30.00	360,000	360,000	10,800,000

Comentarios:

ALQUILER DE CAMIONETA DESDE EL DÍA 01 DE JULIO AL DÍA 31 DE JULIO DEL AÑO 2026

ITEMS	**1 de 1**
SUBTOTAL BRUTO	**10,800,000**
TOTAL FACTURA:	**10,800,000**

Valor en Letras : diez millones ochocientos mil pesos.

Cufe: a5936d4378bc502fd461c2103a181def9929d5b2b6dc9ca0c640b63f6d68755aae40ccd88bc94254d102f96fdb577d9a

Términos y condiciones

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título.

Pagina: 1 de 1

Elaborado en software MAS +CONTROL NUBE SAS Nit : 901587423-1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 183104089

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: NUEVO CDA NEIVA

NIT: 901470153

No. de Certificado de Acreditación: 23-CDA-003

Fecha de expedición: 2025/08/09

Fecha de vencimiento: 2026/08/09

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FWV817

CLASE: CAMIONETA

MARCA: VOLKSWAGEN

MODELO: 2019

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 1968

NRO. MOTOR: CNF105192

NRO. CHASIS: WV1ZZZ2HZKA004878

VIN: WV1ZZZ2HZKA004878

LÍNEA: AMAROK TRENDLINE

COLOR: BLANCO CANDY

NOMBRE PROPIETARIO: HECTOR TRUJILLO A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

CARLOS DARIO BERMEO ESTUPIÑAN

SEXTO INFORME

PERIODO DEL INFORME:	DESDE: 01/07/2026 HASTA: 27/07/2026
NÚMERO DE CONTRATO:	009 del 29 de enero 2026.
TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE SUMINISTRO
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INVERSIONES SBT S.A.S.
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar a Empresas Públicas de Rivera S.A. E.S.P. de forma autónoma e independiente por parte del contratista los servicios de alquiler de vehículo tipo camioneta 4x4, doble cabina, diésel para apoyar las actividades de transporte de personal, materiales, herramientas e insumos.
VALOR DEL CONTRATO ($):	SESENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE, ($64.800.000) IVA INCLUIDO.
VALOR ADICIONAL:	VEINTIÚN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($21.600.000) M/CTE IVA INCLUIDO.
VALOR TOTAL DE EJECUCION:	OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($86.400.000) M/CTE IVA INCLUIDO
VALOR A PAGAR:	DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE $10.800.000 M/CTE
VALOR NO EJECUTADO:	VEINTIUN MILLON SEISIENTOS MIL PESOS M/CTE $21.600.000
FECHA INICIAL DE EJECUCION:	30 DE ENERO DE 2026
FECHA ADICIONAL DE EJECUCION:	27 DE JULIO DE 2026
FECHA FINAL EJECUCION:	27 DE SEPTIEMBRE DE 2026
PLAZO ADICIONAL OTRO SI:	DOS (02) MESES
PLAZO TOTAL DE EJECUCION:	EL PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO SERÁ EL NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL PROMETIDA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS

	ALLÍ ESTABLECIDOS, CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO RESPECTIVA Y HASTA AGOTAR EL VALOR DEL MISMO Y EN TODO CASO, SIN EXCEDER EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 228 DE 2026 CONFORME LOS LINEAMIENTOS ALLÍ ESTABLECIDOS, PLAZO QUE EN TODO CASO NO PODRÁ EXCEDER DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2026.
FECHA DE INICIACIÓN:	30/01/2026.
NÚMERO DE INFORME	SEXTO (6)
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Nelson Enrrique Castro Perdomo
No. certificado de disponibilidad:	2026000050
FORMA DE PAGO:	El valor total del contrato, incluida la presente adición, asciende a la suma de **OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($86.400.000) M/CTE IVA INCLUIDO**, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones y demás gastos en que deba incurrir EL CONTRATISTA para la ejecución del objeto contractual. Los pagos se realizarán en mensualidades por los días de servicio efectivamente prestados, previa presentación de las respectivas cuentas de cobro y/o facturas parciales debidamente soportadas, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, soporte de pago de seguridad social y demás documentos exigidos contractualmente.

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR TOTAL DE APORTE ➢ **$ 699.600**	
PERIODO COTIZADO	JULIO	
PLANILLA No. 9508477392	➢ Salud (**JULIO**)	➢ **$218.900**
	➢ Pensión (JULIO)	➢ **$ 280.200**

	➢ ARL (JULIO)	➢ **$42.700**
	➢ CAJA DE COMPENSACION	➢ **$157.800**
FECHA DE PAGO	➢ 04 DE AGOSTO DE 2026	

1. ACTIVIDADES CONTRACTUALES: (tener en cuenta obligaciones según minuta del contrato)

Obligaciones contractuales Especiales	Descripción de actividad	Soporte del cumplimiento y ubicación
Ejecutar el objeto del contrato y desarrollar las actividades específicas en las condiciones pactadas.	Se hizo entrega de la camioneta de placas FWV817 la cual se encuentra en buen estado. Según inspección del vehículo realizado el día 29 de ENERO de 2026 por Empresas Públicas de Rivera se realizaron algunas observaciones: En cuanto a Pintura presenta rayones en la puerta lado izquierdo, el botiquín de primeros auxilios pendiente completar los elementos faltantes. Se dio cumplimiento a esta obligación cumpliendo con las actividades y condiciones pactadas.	Anexo formato de inspección del vehículo.
Tener vigente los documentos el SOAT, revisión tecno mecánica y seguro todo riesgo del vehículo que prestara el servicio.	POLIZA SOAT No. 5600029891 vigente hasta 30/04/2027 CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES No. 183104089 vigente hasta el 09/08/2026	Anexos en el tercer informe. Anexo en el primer informe.
El contratista debe garantizar que el vehículo se encuentre en buenas condiciones, durante toda la semana y a disposición que considere el supervisor del contrato.	Se garantizó las buenas condiciones del vehículo durante la ejecución del contrato, dando cumplimiento a esta obligación.	N.A
En caso en que el vehículo se encuentre en mantenimiento y/o sufra un daño físico, Técnico-mecánico, el contratista deberá hacerse cargo de los daños, perjuicios y requisitos que haya lugar respecto del vehículo.	Di cumplimiento a esta obligación realizando las revisiones pertinentes del vehículo y cuando ha sido requerido por parte del supervisor Se renueva la póliza SOAT # 5600029891.	N.A

Presentar informe donde se relacionen los días en que el vehículo realizó las actividades en el desarrollo del contrato, firmada por el supervisor, debiendo ser presentada en cada informe.	En el presente informe se relaciona la ejecución desde el día **01 de Julio** hasta el **30 de Julio de 2026.**	N.A
Encontrándose a paz y salvo con el sistema de seguridad social.	Se realizó el pago correspondiente al mes de Julio según planilla No **9508477392**	PLANILLA DE PAGO
Si es el caso, suscribir las garantías dentro de los términos establecidos por la entidad y en las condiciones pactadas en el contrato.	Se cumplió con las garantías y términos establecidos por parte de la entidad.	N. A
Guardar la debida confidencialidad y reserva con la información que sea conocida en ocasión del contrato.	Se cumple con esta actividad.	N.A
Las demás instrucciones dadas por el supervisor del contrato que se deriven o tenga relación con el objeto del contrato.	En el periodo no se requirió esta actividad y es del conocimiento del supervisor.	N.A

2. REQUISITOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO DE SUMINISTROS							
REQUISITO	PRIMER PAGO	P PARCIALES	ACTA DE	cumplimiento			Observación
				SI	NO	N/A	
Afiliaciones seguridad social del personal. (ARL POSITIVA, AFP, EPS)	X					X	
Pagos mensuales de seguridad social	X	X		X			Pago de planilla
Registro de inducción de EPR (Solamente aplica para personal que ingrese, o que realice actividades complementarias a los procesos de Empresas Públicas de Rivera)	X					X	

Para efectos legales, se firma en el Municipio de Rivera a los 02 días del mes de Agosto de 2026.

HECTOR JAVIER TRUJILLO FLOREZ
Representante Legal
Inversiones SBT S.A.S.

NELSON ENRRIQUE CASTRO PERDOMO
Supervisor
Empresas Públicas de Rivera

SOAT

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a ti!

FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA	
2026 | 4 | 30	2026 | 5 | 1	2027 | 4 | 30

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
5600029891	FWV817	CAMPEROS Y CAMIONETAS	PARTICULAR	1968	2019

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
5	VOLKSWAGEN	DOBLE CABINA

LINEA VEHICULO
AMAROK TRENDLINE

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
CNF105192	WV1ZZZ2HZKA004878	WV1ZZZ2HZKA004878	0,70

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
INVERSIONES SBT S.A.S.	3177555000	NIT	901542448	NEIVA

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1520	560	8897	AT1502 5600029891	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
221	$ 621.200,00	$ 323.000,00	$ 2.400,00

TOTAL A PAGAR : $ 946.600,00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

Todos nuestros tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que se encuentra registrado en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el responsable por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguna persona herida, dudo se ante dicho que el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo la puede realizar la instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Para tramitar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificaciones anticipadas de la vigencia por duplicidad de amparos:

La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se constituya la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo (Circular Externa 021 de 2017 - Superintendencia Financiera).

Datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que consideren necesario, bien en este oficio caso encuentren con fines estadísticos y/o académicos, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las transacciones que derecho o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como comunicados, volantes y mensajes de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que a mi me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

Topes de cobertura gastos médicos:

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 910, 910, 920. Decreto 3644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en [1].

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901542448	1	INVERSIONES SST	1 - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CLL 6E 26 88	NEIVA-HUILA	3177550091	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-07	2024-08		95944777[illegible]	E	2024-08-13			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

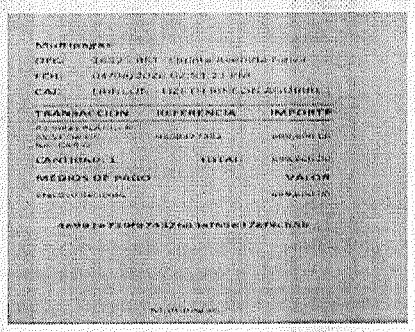
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	LR		Cotización	Tarifa	Cotización	Tarifa	Cotización	Tarifa	Cotización	Tarifa	Cotización	Tarifa
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: OFICINA (1 Afiliados)																													
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)																													
1	[illegible]	[illegible]																		[illegible]									
Total Afiliados(1)																													

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	CV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,100	$0	$0	$70,100
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,600	$0	$0	$52,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$52,600	$0	$0	$52,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$35,100	$0	$0	$35,100
TOTAL				1	$699,600	$0	$0	$699,600



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
NIT 901542448	1	INVERSIONES SBT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CLL 68 26 88	NEIVA HUILA	3177555000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	08477392	950847739 2	E	2026/08/13	2026/08/04	BANCO AV VILLAS	0	$699,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: OFICINA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$42,700		$1,750,905	$87,700
Centro de Trabajo: OFICINA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$42,700		$1,750,905	$87,700
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$42,700		$1,750,905	$87,700
1	CC	81254623	FRIJOLO HECTOR	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF32	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$1,750,905	$87,700
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$42,700		$1,750,905	$87,700

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
NIT 901542448	1	INVERSIONES SBT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OFICINA	CLL 68 26 88	NEIVA-HUILA	3177555000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	08477392	950847739 2	E	2026/08/13	2026/08/04	BANCO AV VILLAS	0	$699,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,100	$0	$0	$70,100
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,600	$0	$0	$52,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$52,600	$0	$0	$52,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$35,100	$0	$0	$35,100
TOTAL				**1**	**$699,600**	**$0**	**$0**	**$699,600**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

269293-T



LEONARDO FABIO
HERNANDEZ COMETA
C.C. 1078776828
RES. INSCRIPCION 774 DEL 08/04/2020
CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR CUN

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

289935 300363

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.078.776.826
HERNANDEZ COMETA
APELLIDOS
LEONARDO FABIO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1988
BARAYA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2007 BARAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

R-1901900-00854344-M-1078776826-20161008 0051745443A 1 45979563

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

DE9DC7E162CBC2F8

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 **LEONARDO FABIO HERNANDEZ COMETTA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1078776826 de BARAYA (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 269293-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 3 días del mes de Junio de 2026 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

Neiva – Huila, 02 Agosto 2026

EL SUSCRITO CONTADOR DE LA EMPRESA CERTIFICA QUE:

La empresa **INVERSIONES SBT S.A.S.**, identificada con **NIT 901.542.448-1**, se encuentra al día en el pago de los aportes al sistema de seguridad integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y en los aportes parafiscales (caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF), correspondientes a sus trabajadores dependientes y/o contratistas, conforme a lo establecido en las normas laborales vigentes en la República de Colombia.

Así mismo, se deja constancia de que durante los últimos seis (6) meses, la empresa ha efectuado de manera oportuna los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social Integral y a las entidades parafiscales, garantizando el cumplimiento de las obligaciones legales en materia laboral y de seguridad social.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, el día **02 de AGOSTO del 2026,** para los fines que estime convenientes.

LEONARDO FABIO HERNADEZ COMETA
CONTADOR PUBLICO
C.C 1.078.776.826
T.P 269293-T

POLIZA SEGURO DE AUTOMOVILES

HDI SEGUROS

RAMO	PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	DOCUMENTO	TIPO VEHICULO
104	6033	94328210	0	2	LIVIANO

TIPO DE DOCUMENTO	Renovación de cartera

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		SUC / ADN	VIGENCIA DEL SEGURO DESDE		VIGENCIA DEL SEGURO HASTA		VIGENCIA DOCUMENTO DESDE	VIGENCIA DOCUMENTO HASTA	DÍAS
PEREIRA	2025-AGO-01	3000173	2024-SEP-03	HI 00:00 HORAS	2026-SEP-03	HF 00:00 HORAS	2025-SEP-03	2026-SEP-03	365

TOMADOR

NOMBRE:	INVERIONES SBT S.A.S.				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	NIT: 901542448-1	TELEFONO:	317 7555000	CIUDAD:	NEIVA
DIRECCIÓN:	CENTRO COMERCIAL SAN JUAN PLAZA OFICINA 204				

ASEGURADO

NOMBRE:	INVERSIONES SBT S.A.S.				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	NIT: 9015422448-1	TELEFONO:	317 7555000	CIUDAD:	NEIVA
DIRECCION:	CENTRO COMERCIAL SAN JUAN PLAZA OFICINA 204				

CONDUCTOR

NOMBRE:	HECTOR JAVIER TRUJILLO FLOREZ				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 83.254.623	TELEFONO:	313 8668629	CIUDAD:	NEIVA
DIRECCION:	CALLE 66 NUMERO 26 99 BARRIO LA GAITANA				

BENEFICIARIO

NOMBRE:	INVERSIONES SBT S.A.S.				
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	NIT: 901542448-1	TELEFONO:	317 7555000	CIUDAD:	NEIVA
DIRECCION:	CENTRO COMERCIAL SAN JUAN PLAZA OFICINA 204				

COD FASECOLDA	MARCA	CLASE	TIPO	MODELO	PLACA	USO	MOTOR	CHASIS
09221017	VOLKSWAGEN	PICKUP DOBLE CAB	AMAROK [FL]	2019	FWV817	PARTICULAR, PERSONAS	CNF105192	WV1ZZZ2HZKA004878

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % / $	DEDUCIBLES Mínimo S.M.M.L.V
Responsabilidad Civil Extracontractual	$ 4,400,000,000	0 %	0
Pérdida Total por Hurto	$ 101,600,000	0 %	0
Pérdida Total por Daños	$ 101,600,000	0 %	0
Pérdida Parcial por Daños	$ 101,600,000	0 %	1
Pérdida Parcial por Hurto	$ 101,600,000	0 %	1
Temblor, Terremoto o erupción Volcánica	$ 101,600,000	0 %	1
Amparo Patrimonial	INCLUIDA		
Gastos de transporte por Pérdida Total Hurto	$ 1,200,000		
Gastos de transporte por Pérdida Total Daños	$ 1,200,000		
Asistencia Jurídica Penal	$ 22,273,162		
Asistencia Jurídica Civil	$ 11,266,580		
Asistencia en viaje	TRADICIONAL		
Accidentes Personales	$ 40,000,000		
(continúa en la siguiente página...)			

AÑOS DE EXPERIENCIA	OTROS DESCUENTOS
1	0%
FORMA DE COBRO	**FECHA LIMITE DE PAGO**
Anual	2025-OCT-18

No. RECIBO	FECHA INICIO COBRO	FECHA FIN COBRO
80261596	2025-SEP-03	2026-SEP-03

PRIMA VIGENCIA	$	3,126,715
TASA DE CAMBIO		1.00
TOTAL PRIMA PESOS	$	3,126,715
GASTOS DE EXPEDICIÓN	$	5,877
IVA	$	595,195
TOTAL A PAGAR	$	3,727,787

CONDICIONES GENERALES	Clausulado general: Versión enero 2025:02/01/2025-1333-P-03-AUTO00050001C030-DR0I

PARTICIPACIÓN INTERMEDIARIO

CLAVE	INTERMEDIARIO	TELEFONO	% PART.
4093144	SANO Y SALVO AGENCIA DE SEGUROS LTDA.	3113441989	100 %

COASEGURADOR

CODIGO CIA	COMPAÑIA	% PART.	TIPO
1	HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.	100%	A

RULEID	31683	IDREQUEST	38c4bd31-aa50-43e6-8c94-94424a000226

Los accesorios asegurados y con cobertura a través de la póliza, corresponden únicamente a los que estén listados y descritos en la presente caratula.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁN LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

El valor asegurado de los amparos de Daños, Hurto y Terremoto corresponde al valor asegurado total del vehículo incluyendo el valor de los accesorios. El valor asegurado del vehículo corresponde al valor relacionado para el código registrado en el campo CODIGO FASECOLDA de este documento, en la guía de valores FASECOLDA que se tuvo en cuenta para la fecha de la expedición del presente contrato.

Las condiciones generales de tu póliza se encuentran disponibles para tu descarga en nuestra página web www.hdiseguros.com.co en la ruta: Nuestros productos \ Autos \ Sección Clausulados.
Si prefieres puedes solicitarlo en nuestra Unidad de Servicio al Cliente, línea nacional gratuita 01 8000 113390, Bogotá 3 07 70 50 email: atencion.cliente@hdiseguros.com.co
Recuerde que, a partir del 23 de agosto de 2024, Liberty Seguros S.A. cambió su razón social por HDI Seguros Colombia S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES AGENCIA ASEGURADORA AUTOMOTRIZ LTDA BOGOTÁ, D.C KR CR 14 81 19 OF 405 81 19 OFICINA 405 3112162274
UNIDAD DE SERVICIO AL CLIENTE: BOGOTA 3077050 - LINEA NACIONAL 018000 113390

(415)7707274730185(8020)000000000000080261596(3900)03727787(96)20251018

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa INVERSIONES SBT SAS identificado(a) con NITPJ 9015424481 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS AH Superdía Jurídica No. 442773644 desde el 07 de noviembre de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 06 de abril de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

4 4 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141213827765

(415)7707212489984(8020) 000014121382776 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 4 2 4 4 8	1	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimient 5 6 3 0	

162. Nombre del establecimiento: FONDA DE LOS CABALLISTAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Neiva 0 0 1	

165. Dirección: AVENIDA 26 NO. 10W-14

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 6 4 4 0 7	2 0 2 1 1 1 2 2	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 8 0 4 5 9 9 6		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades recreativas y de esparcimiento n.c.p. 9 3 2 9	

162. Nombre del establecimiento: XCLUSIVE TRAVEL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Neiva 0 0 1	

165. Dirección: DG 5 27 16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 6 4 4 0 8	2 0 2 1 1 1 2 2	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 8 0 4 5 9 9 6		

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

3 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141213827765

(415)7707212489984(8020) 000014121382776 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 5 4 2 4 4 8	1	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 5 0 9 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	8 3 2 5 4 6 2 3		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TRUJILLO	FLOREZ	HECTOR	JAVIER
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 5 0 9 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 0 3 9 5 1 0 8 0		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BOTERO	MUÑOZ	JUAN	SEBASTIAN
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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 4 **Hoja 2**

141213827765

(415)7707212489984(8020) 000014121382776 5

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

Características y formas de las organizaciones

1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

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				-
3				-
4				-
5				-

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

de

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

141213827765

(415)7707212489984(8020) 000014121382776 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 4 2 4 4 8	1	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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
INVERSIONES SBT S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 6 B 26 99 BRR LA GAITANA

42. Correo electrónico inversionessbt3@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 7 5 5 5 0 0 0	

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
3 3 1 2	2 0 2 5 0 7 0 1	4 6 5 2	2 0 2 5 0 7 0 1	9 0 0 7	4 3 2 1		2

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	3	3	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
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55.- Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros	Exportadores
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	

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 acelanlaran 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 TRUJILLO FLOREZ HECTOR JAVIER

985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ACTA DE SUPERVISION N° 006 DE 2026	
Fecha:	**06 de agosto de 2026**
Tipo acta:	**Supervisión**
Periodo de Ejecución:	Entre el 01 al 27 de julio del 2026
DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
Tipo de Contrato:	Contrato de suministro
Número de Contrato:	N° 009 del 2026
Nombre del Contratista:	INVERSIONES SBT S.A.S
Cedula o Nit:	901542448-1
Certificado de Disponibilidad No:	2026000050
Certificado de disponibilidad adicional N°:	2026000522

Forma de Pago: El valor presupuestado para esta contratación es de **SESENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($64.800.000) M/CTE IVA INCLUIDO,** incluidas tasas, impuestos, contribuciones y demás gastos en que deba incurrir el contratista para la ejecución del objeto contractual y serán cancelados en mensualidades por los días de servicios prestados, previa presentación de las respectivas cuentas de cobro y/o facturas parciales debidamente soportadas como se indica en este contrato, soporte de pago de seguridad social del propietario del vehículo y acta debidamente firmada a satisfacción del supervisor del contrato. **PARÁGRAFO 1:** Será necesario que el contratista presente el comprobante de pago de los impuestos municipales conforme al estatuto tributario. **PARÁGRAFO 2:** El pago se realizará previa firma del acta de inicio del contrato.

Adicionar el valor del Contrato de Suministro N.° 009 de 2026 en la suma de **VEINTIÚN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($21.600.000) M/CTE IVA INCLUIDO**. En consecuencia, la cláusula quinta quedará así: **"QUINTA. – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor total del contrato, incluida la presente adición, asciende a la suma de **OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($86.400.000) M/CTE IVA INCLUIDO**, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones y demás gastos en que deba incurrir EL CONTRATISTA para la ejecución del objeto contractual. Los pagos se realizarán en mensualidades por los días de servicio efectivamente prestados, previa presentación de las respectivas cuentas de cobro y/o facturas parciales debidamente soportadas, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, soporte de pago de seguridad social y demás documentos exigidos contractualmente.

Objeto: Prestar a Empresas Públicas de Rivera S.A. E.S.P. de forma autónoma e independiente por parte del contratista los servicios de alquiler de vehículo tipo camioneta 4x4 para apoyar las actividades de transporte de personal, materiales y herramientas.

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 30 de enero de 2026

FECHA DE APROBACIÓN DE LA PÓLIZA: 31 de enero de 2026

FECHA INICIAL DE TERMINACIÓN: 27 de septiembre de 2026

1. RESUMEN

1.1 Información sobre estado y avance del contrato de prestación de servicios

El contratista presentó informe de ejecución de las actividades desarrolladas a su cargo, con ocasión al contrato de suministro **No. 009 del 29 enero de 2026**, las cuales cuentan con el visto bueno y la aprobación del **Supervisor subgerente, Nelson Enrique Castro Perdomo,** teniendo en cuenta lo siguiente:

a) El estado del contrato está en ejecución finalizado.
b) El período está comprendido entre **el 01 al 27 de julio del 2026** aparecen relacionadas cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato.
c) Así mismo, se detallan las evidencias y/o soportes.
d) La ejecución a la fecha es del 75,0**%** Notas aclaratorias del supervisor sobre la ejecución de las actividades contractuales.
e) El FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN DE CUENTAS FUR se encuentra debidamente diligenciado.
f) SE PRESENTÓ FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA SBT16

Una vez evidenciado lo anterior, El subgerente de empresas públicas de Rivera S.A.E.S.P, **Nelson Enrique Castro Perdomo,** en calidad de Supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del Contrato de suministro **No. 009 de 2026** certifica que el contratista **INVERSIONES SBT S.A.S** identificado con NIT No **901542448-1**, cumplió a cabalidad con las obligaciones contractuales durante el periodo comprendido entre el **01 al 27 de julio del 2026** , por lo tanto se recibe a entera satisfacción y se autoriza el **sexto** pago.

Nota: De conformidad con el principio de buena fe exenta de culpa, el error inducido por el contratista con ocasión a cualquier falsedad respecto de los documentos y soportes aportados con el informe será de responsabilidad de este.

ACTAS		
TIPO DE ACTA	**No**	**FECHA**
Acta de inicio	00	30 de enero de 2026
Acta de supervisión	01	13 de marzo de 2026
Acta de supervisión	02	10 de abril de 2026
Acta de supervisión	03	05 de mayo de 2026
Acta de supervisión	04	03 de junio de 2026
Acta de supervisión	05	03 de julio de 2026
Acta de supervisión	06	06 de agosto de 2026

ESTADO DEL CONTRATO	
EN EJECUCION	**TERMINADO**
x	

1.2. Recomendaciones y Conclusiones

En cumplimiento a la Cláusula Quinta: Forma de Pago – el Contratista tiene derecho al pago por concepto del servicio prestado durante el periodo comprendido entre el **01 al 27 de julio del 2026.**

2. INFORME BÁSICO

2.1. Estado Financiero del Contrato

RELACIÓN DE PAGOS	ESTADO	VALOR	EJECUTADO	SALDO
PRIMER PAGO	Pagado	$ 10.800.000	$ 10.800.000	$ 54.000.000
SEGUNDO PAGO	Pagado	$ 10.800.000	$ 21.600.000	$ 43.200.000
TERCER PAGO	Pagado	$ 10.800.000	$ 32.400.000	$ 32.400.000
CUARTO PAGO	pagado	$ 10.800.000	$ 43.200.000	$ 21.600.000
QUINTO PAGO	pagado	$10.800.000	$54.000.000	$10.800.000
SEXTO PAGO	tramite	$10.800.000	$64.800.000	$0
Valor Contrato Inicial	**Valor Adicional**	**Valor Total Contratado**	**Valor Ejecutado**	**Valor no Ejecutado**
$ 64.800.000	$21.600.000	$ 86.400.000	$ 64.800.000	$ 21.600.000

3. ASPECTOS CONTRACTUALES

3.1. Verificación de Pólizas y pagos de Salud, Pensión y Riesgos profesionales (y parafiscales si el contrato lo exige).

- ✓ **TERCERA. - GARANTÍAS:** Para garantizar las obligaciones resultantes del presente contrato, el contratista constituirá a su costa y a favor de Empresas Públicas de Rivera S.A. E.S.P. y del Municipio de Rivera, como beneficiaros y asegurados, en una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, dentro de los días hábiles siguientes a la suscripción del presente contrato, una póliza que ampare los siguientes riesgos: a) De cumplimiento. Para garantizar el correcto cumplimiento de todas las obligaciones adquiridas en virtud del presente contrato, por una cuantía equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato, durante la ejecución de éste y por seis (06) meses más, contados a partir de la suscripción. b) Pagos de Salarios, indemnizaciones y prestaciones sociales. Equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato, durante la ejecución de éste y por tres (03) años más, contados a partir de la suscripción. c) Calidad del servicio. Equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato, durante la ejecución de éste y por un (01) año más, contado a partir de la suscripción. d)Calidad y correcto funcionamiento de los bienes. Equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato,

durante la ejecución de éste y por un (01) año más, contado a partir del acta de recibo a satisfacción de la totalidad del proyecto contratado. **PARÁGRAFO:** En caso de prórroga del plazo del contrato, el contratista deberá ampliar a su costa la vigencia de la garantía por un término igual a la prórroga. Igualmente, en caso de adición del mismo la garantía tendrá las medidas correspondientes sobre adiciones.

GARANTÍAS PRESENTADAS POR EL CONTRATISTA			
PÓLIZA N°	CHU-100013263	**FECHA**	**31-01-2026**
COMPAÑÍA DE SEGURO	SEGUROS MUNDIAL		
AMPARO	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	29/01/2026 AL 30/12/2027	$64.800.000	

GARANTÍAS PRESENTADAS POR EL CONTRATISTA			
PÓLIZA N°	CHU-100071794	**FECHA**	**31-01-2026**
COMPAÑÍA DE SEGURO	SEGUROS MUNDIAL		
AMPARO	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**	
CUMPLIMIENTO	29/01/2026 AL 30/06/2027	$12.960.000	

- ✓ En cumplimiento de la Cláusula Cuarta – Obligaciones generales del contratista 3. Cumplir con las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales, cuando haya lugar (Caja de Compensación Familiar) de conformidad con lo previsto en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2013, y presentar la documentación que lo acredite, se verifican los pagos correspondientes al mes de **JUNIO**, según planilla Nro. 9504477292 discriminados así:

APORTES	PERÍODO DE PAGO	VALOR
SALUD		$ 218.900
ARL		$ 42.700
PENSIÓN		$ 280.200
CAJA DE COMPENSACIÓN – ICBF - SENA		$ 157.800
TOTAL	$ 699.600	
Fecha de pago	04 de agosto de 2026	

3.2. Certificado de Cumplimiento

Por lo anterior el suscrito supervisor delegado del contrato de suministro **009 de 2026** certifica que el contrato en mención se cumplió satisfactoriamente según como dice el objeto de este, durante el periodo comprendido entre el **01 al 27 de julio del 2026,** por lo tanto, se recibe a entera satisfacción y se autoriza el siguiente pago:

C.D.P	VALOR A CANCELAR
2026000050 CDP OTRO SI 2026000522	$ 10.800.000

La presente certificación se expide con el fin de cumplir los requisitos para el sexto pago **(6/8)** correspondiente al periodo mencionado. Informe presentado en Rivera, a los **seis (06)** días del mes de **agosto** de 2026.

NELSON ENRIQUE CASTRO PERDOMO
SUPERVISOR

Lina Fernanda Ordoñez
Apoyo gestión estratégica