

---

CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

{fiduprevisora)



CONTRATANTE: PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER ICBF SIGLO 21

CONVOCATORIA No. PAF-ICBFGS-0-060-2021

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATAR “LA EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA”.**

**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

**12 de noviembre de 2021**

**Hora: 9:00 a.m.**

**A través del correo electrónico**

**[licpafindeter@fiduprevisora.com.co](mailto:licpafindeter@fiduprevisora.com.co)**

---

Correo: [obrascivilescolombia2000@gmail.com](mailto:obrascivilescolombia2000@gmail.com) / [a30711936@gmail.com](mailto:a30711936@gmail.com)

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

**Sobre No. 1: Propuesta Técnica**

## **PROPUESTA TÉCNICA ORIGINAL**

**CONTRATANTE: PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER ICBF SIGLO 21**

**CONVOCATORIA No. PAF-ICBFGS-0-060-2021**

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATAR “LA EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA”.**

**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

**12 de noviembre de 2021**

**Hora: 9:00 a.m.**

**A través del correo electrónico**

**[licpafindeter@fiduprevisora.com.co](mailto:licpafindeter@fiduprevisora.com.co)**

---

**Correo: obrascivilescolombia2000@gmail.com / a30711936@gmail.com**

**Celular: 3138603074 / 3154864126**

**CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).**

# INDICE

|  |    |
|--|----|
| INDICE.....  | 4  |
| 2. REQUISITOS HABILITANTES.....  | 5  |
| 2.1. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN JURÍDICO .....   | 6  |
| 2.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: Formato 1.....   | 7  |
| 2.1.2. DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL PROPONENTE PLURAL .....   | 10 |
| 2.1.3. DOCUMENTOS REPRESENTANTE LEGAL: Cedula representante Legal .....  | 11 |
| 2.1.4. Existencia y representación legal de las partes .....   | 12 |
| 2.1.5. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA .....  | 13 |
| 2.2. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO O SU EQUIVALENTE.....   | 14 |
| 2.3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CON LOS SISTEMAS GENERALES DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES: Formato 2.....  | 15 |
| 2.4. CERTIFICADO DEL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES DEL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL DE LA CÁMARA DE COMERCIO (EN CASO DE ESTAR INSCRITO) .....   | 18 |
| 2.5. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN FINANCIERO.....  | 19 |
| 2.5.1. CARTA CUPO CREDITO .....  | 20 |
| 2.6. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN TÉCNICO .....  | 21 |
| 2.6.1. EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE: Formato 3 .....  | 22 |
| FORMATO 3 EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE PARA HABILITAR LA OFERTA .....   | 23 |
| FORMATO 3 EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE PARA HABILITAR LA OFERTA .....   | 25 |
| 3. FORMATOS.....   | 27 |
| 3.6. DECLARACION JURAMENTADA INEXISTENCIA CONFLICTO DE INTERÉS .....   | 28 |
| 3.2. DECLARACION JURAMENTADA SOBRE LAS CLÁUSULAS PENALES DE APREMIO, CLÁUSULAS PENALES (NO APREMIO), MULTAS, SANCIONES, DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO, TERMINACIÓN UNILATERAL O CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTOS DEL CONTRATISTA IMPUESTAS..... | 31 |

## 2. REQUISITOS HABILITANTES

## 2.1. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN JURÍDICO

## 2.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: Formato 1

**FORMATO 1 PRESENTACIÓN:  
CARTA DE LA PROPUESTA**

Bogotá, 12 de noviembre del 2021

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER ICBF SIGLO 21**

Bogotá D.C. – Colombia

**Referencia: CONVOCATORIA N° PAF-ICBFGS-O-060-2021**

Por medio de los documentos adjuntos, me permito presentar propuesta para participar en la presente convocatoria cuyo objeto es contratar la **"LA EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA"**

En el evento de resultar aceptada mi propuesta, me comprometo a perfeccionar y legalizar el respectivo contrato en el término señalado por la entidad y a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del presente proceso de selección, del contrato, de esta propuesta y las demás estipulaciones de la misma, en las partes aceptadas por la entidad contratante.

En mi calidad de proponente declaro:

1. Que conozco los Términos de Referencia de la presente convocatoria, sus adendas e informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con los trabajos, y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos.
2. De igual forma manifiesto que acepto las consecuencias que se deriven por el incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.
3. Que acepto las condiciones establecidas por la entidad contratante para la ejecución del proyecto bajo el esquema llave en mano (por etapas). Entendiendo su estructura y metodología.
4. Que en caso de ser aceptada mi propuesta, me comprometo a iniciar la ejecución del contrato respectivo, cuando la entidad contratante imparta la orden de iniciación, y a terminarlo dentro de los plazos contractuales de acuerdo con lo establecido en los documentos de los Términos de Referencia, la propuesta y el contrato, respectivamente.
5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso de selección.
6. Que conozco detalladamente, en terreno y por información de las autoridades competentes, los sitios en que debo desarrollar el objeto a contratar, sus características, accesos, entorno socio económico, condiciones climatológicas, geotécnicas y geológicas, y que he tenido en cuenta este conocimiento para la elaboración de la propuesta y en consecuencia asumo los efectos de esta declaración.
7. Que con la presentación de la propuesta garantizo que cuento con el personal mínimo requerido, los perfiles de personales requeridos y el tiempo de dedicación y en caso de ser seleccionado presentaré previo a la suscripción del acta de inicio o emisión de la orden de inicio para verificación del interventor del contrato, los respectivos soportes de formación académica y profesional y de experiencia de dicho personal.

---

Correo: obrascivilescolombi2000@gmail.com / a30711936@gmail.com

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

---

## CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

8. Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad del juramento que ni yo ni ninguno de los integrantes del consorcio o de la unión temporal o de la persona jurídica que represento, nos encontramos incursos, así como ninguno de los miembros del consorcio o unión temporal, en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad y demás prohibiciones consagradas en la Ley para celebrar el contrato, ni en las causales de conflicto de interés señaladas en la normatividad que rige el presente proceso de selección.

9. Que leí cuidadosamente los Términos de Referencia de esta convocatoria, sus causales de rechazo y declaratoria de desierto, y elaboré mi propuesta ajustada a los mismos. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.

10. Que conozco, acepto y cumpliré las obligaciones contenidas los Términos de Referencia, estudios previos, sus anexos y el contrato que aplica para esta convocatoria.

11. Que los recursos que componen mi (nuestro) patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita y que en caso de resultar favorecido(s) con la adjudicación, los recursos recibidos en desarrollo del contrato de la convocatoria no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.

12. Igualmente declaro bajo la gravedad de juramento, que toda la información aportada y **contenida en 92 folios correspondientes a** los documentos, anexos y formularios jurídicos, financieros, técnicos y económicos, es veraz y susceptible de comprobación

### RESUMEN DE LA PROPUESTA:

Nombre o Razón Social del Proponente: **CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021**

Documento de identidad o NIT:

Representante Legal: **ELIANA KARINA TELLEZ SALAS**

País de Origen del proponente: COLOMBIA

VALIDEZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, se entenderá que es por una vigencia igual al de la garantía de seriedad de la propuesta.

Me permito informar que las comunicaciones relativas a esta convocatoria las recibiré en:

Dirección: CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

Ciudad: Bogotá D.C.

Teléfono(s): **3138603074 / 3154864126**

Correo Electrónico: [obrascivilescolombia2000@gmail.com](mailto:obrascivilescolombia2000@gmail.com) / [a30711936@gmail.com](mailto:a30711936@gmail.com).

Atentamente,

FIRMA: 

**ELIANA KARINA TELLEZ SALAS**

C.C. 59.819.500 de Pasto (Nariño)

**REPRESENTANTE LEGAL**

**CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021**

---

Correo: [obrascivilescolombia2000@gmail.com](mailto:obrascivilescolombia2000@gmail.com) / [a30711936@gmail.com](mailto:a30711936@gmail.com)

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

## 2.1.2. DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL PROPONENTE PLURAL

---

## CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

### DOCUMENTO CONSORCIAL

Entre los suscritos a saber: **ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ**, en mi calidad de persona natural, mayor de edad, vecino de la ciudad de Mocoa (Putumayo), identificado con cedula No. 18.126.628 expedida en Mocoa quien obra en nombre y representación propia, con domicilio principal en Mocoa, con NIT. 18.126.628-2, **ELIANA KARINA TELLEZ SALAS**, identificado con cedula No. 59.819.500 expedida en Pasto (Nariño) quien obra en nombre y representación propia, con domicilio principal en Mocoa, con NIT. 59.819.500-2, hemos acordado integrar un **CONSORCIO** cuya integración, conformación y reglamentación se regirá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** OBJETO El objeto del presente documento es la integración de un **CONSORCIO** entre, **ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ** y **ELIANA KARINA TELLEZ SALAS** con el propósito de complementar las capacidades técnicas, operativas, administrativas y financieras de las partes que constituyen el presente **CONSORCIO**, para la presentación de la propuesta, adjudicación, celebración y ejecución del contrato, que tiene por objeto la **CONVOCATORIA NO. PAF-ICBFGS-O-060-2021 TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATAR "LA EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA"**. Nuestra responsabilidad será solidaria, mancomunada e ilimitada en todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y el contrato. En consecuencia, las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, afectaran a todos los miembros que lo conforman.

**SEGUNDA:** DENOMINACIÓN: El presente **CONSORCIO** se denominará **CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021**

**TERCERA:** DOMICILIO: El domicilio del **CONSORCIO** será: **CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO)**. El teléfono de contacto es **3138603074 / 3154864126** y el correo electrónico es [obrascivilescolombia2000@gmail.com](mailto:obrascivilescolombia2000@gmail.com) / [a30711936@gmail.com](mailto:a30711936@gmail.com).

**CUARTA:** REPRESENTANTE DEL CONSORCIO: Se designa como Representante del **CONSORCIO** a **ELIANA KARINA TELLEZ SALAS** identificado con cédula de ciudadanía No **59.819.500** expedida en Pasto (Nariño), cargo este que se entiende aceptado con la firma del presente documento y quien está autorizado para contratar, comprometer, negociar y representar al **CONSORCIO**.

**QUINTA:** DURACIÓN. - La duración del presente **CONSORCIO** en caso de salir favorecida con la adjudicación será igual al plazo de ejecución del contrato el cual corresponde a cuatro (4) meses y Quince (15) días, término de liquidación del contrato y cinco (5) años. En todo caso **EL CONSORCIO** durará todo el término necesario para atender las garantías prestadas.

**SEXTA:** PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN. Los miembros del consorcio tienen la siguiente participación:

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <b>ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ</b> | <b>30%</b> |
| <b>ELIANA KARINA TELLEZ SALAS</b>     | <b>70%</b> |

---

## CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

**SEPTIMA:** El consorcio se dedicará a las OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.

En constancia de lo anterior, se firma por quienes intervinieron en el presente documento a los diez (10) días del mes de NOVIEMBRE del año dos mil veintiuno (2021).



ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ

**PERSONA NATURAL**

C.C. No 18.126.628 de Mocoa (Putumayo)

TEL: 3133967689

DIRECCION: CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO)



ELIANA KARINA TELLEZ SALAS

**PERSONA NATURAL**

C.C. 59.819.500 de Pasto (Nariño)

TEL: 7224001

DIRECCIÓN: CL 19 N 23- 71 ED BANCO POPULAR OF 402



**ACEPTO: ELIANA KARINA TELLEZ SALAS**

C.C: 59.819.500 de Pasto (Nariño)

**REPRESENTANTE LEGAL**

**CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021**

---

Correo: obrascivilescolombia2000@gmail.com / a30711936@gmail.com

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

### **2.1.3. DOCUMENTOS REPRESENTANTE LEGAL: Cedula representante Legal**

COLOMBIA COLOMBIA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**  
**59.819.500**

NUMERO

**TELLEZ SALAS**

APELLIDOS

**ELIANA KARINA**

NOMBRES

*Eliana Karina Tellez Salas*

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

5 200 000



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1973**

**PASTO**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57** **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**31-MAY-1991 PASTO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alba Beatriz Rengifo Lopez*

REGISTRADORA NACIONAL  
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2300100-53115381-F-0059819500-20031007 0007303280A 01 134730794

REPUBLICA DE COLOMBIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería  
y Arquitectura



MATRÍCULA No. 5220271578NRR  
INGENIERO CIVIL  
DE FECHA 22/04/98  
APELLIDOS  
TELLEZ SALAS  
NOMBRES  
ELIANA KARINA  
C.C. 59,819,500  
UNIV. DE NARIÑO

*Jairo Botero*

Presidente del Consejo



**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA  
COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que ELIANA KARINA TELLEZ SALAS, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía 59819500, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA CIVIL con MATRICULA PROFESIONAL 52202-71578 desde el 22 de Abril de 1998, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1190.
2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**
4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021).

**Rubén Darío Ochoa Arbeláez**

  
Firmal del titular (\*)

(\*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web [https://tramites.copnia.gov.co/Copnia\\_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart](https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart) indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

## 2.1.4. Existencia y representación legal de las partes

COLOMBIA COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18126628**

APELLIDOS **BUENDIA MARTINEZ**

NOMBRES **ANDRES FELIPE**

FIRMA *Andres Felipe Buendia*

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1974**

**MOCOA**  
(PUTUMAYO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**12-MAR-1993 MOCOA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR

A 6400400 70081601 14 0018126628 20000009 04358 002004 02 086246230



**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE**

Fecha expedición: 2021/05/04 - 11:34:10 \*\*\*\* Recibo No. S000570832 \*\*\*\* Num. Operación. 02-BESTRADA-20210504-0005

\*\*\* EXPEDIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA VIRTUAL S.I.I. \*\*\*  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN gRnsxdqn8E**

NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTEN PETICIONES EN TRÁMITE, LO QUE PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO

**CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL.**

Con fundamento en las matriculas e inscripciones del Registro Mercantil,

**CERTIFICA**

**NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

**NOMBRE o RAZÓN SOCIAL:** BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE  
**ORGANIZACIÓN JURÍDICA:** PERSONA NATURAL  
**IDENTIFICACIÓN :** CÉDULA DE CIUDADANÍA - 18126628  
**NIT :** 18126628-2  
**ADMINISTRACIÓN DIAN :** PUERTO ASIS  
**DOMICILIO :** MOCOA

**MATRÍCULA - INSCRIPCIÓN**

**MATRÍCULA NO :** 55990  
**FECHA DE MATRÍCULA :** AGOSTO 04 DE 2015  
**ULTIMO AÑO RENOVADO :** 2021  
**FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA :** MARZO 31 DE 2021  
**ACTIVO TOTAL :** 4,512,747,395.00  
**GRUPO NIIF :** GRUPO III - MICROEMPRESAS

**UBICACIÓN Y DATOS GENERALES**

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL :** CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY  
**MUNICIPIO / DOMICILIO:** 86001 - MOCOA  
**TELÉFONO COMERCIAL 1 :** 4200814  
**TELÉFONO COMERCIAL 2 :** NO REPORTÓ  
**TELÉFONO COMERCIAL 3 :** 3133967689  
**CORREO ELECTRÓNICO No. 1 :** anfebum@hotmail.com

**DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL :** CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY  
**MUNICIPIO :** 86001 - MOCOA  
**TELÉFONO 1 :** 4200814  
**TELÉFONO 3 :** 3133967689  
**CORREO ELECTRÓNICO :** anfebum@hotmail.com

**NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : anfebum@hotmail.com

**CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA**

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA :** CONSTRUCCION , MANTENIMIENTO DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, TRANSPORTE DE MATERIALES,

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** F4290 - CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL



**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE**

Fecha expedición: 2021/05/04 - 11:34:10 \*\*\*\* Recibo No. S000570832 \*\*\*\* Num. Operación. 02-BESTRADA-20210504-0005

\*\*\* EXPEDIDO A TRAVÉS DEL SISTEMA VIRTUAL S.I.I. \*\*\*  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN gRnsxdqn8E**

**ACTIVIDAD SECUNDARIA :** F4390 - OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL

**OTRAS ACTIVIDADES :** F4111 - CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es PEQUEÑA EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$3,229,378,921

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : F4290

**CERTIFICA**

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

**CERTIFICA**

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$3,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

**IMPORTANTE:** La firma digital de la CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://siiputumayo.confecamaras.co/cv.php> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación gRnsxdqn8E

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\*

## 2.1.5. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

## PARTICULAR

|                                      |                               |  |                             |                               |  |               |                              |            |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|--|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C. |                               |  | SUCURSAL<br>ANTIGUO COUNTRY |                               |  | COD.SUC<br>21 | NO.PÓLIZA<br>21-45-101350309 | ANEXO<br>0 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS                 | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 11 11 2021                           | 12 11 2021                    |  | 00:00                       | 25 03 2022                    |  | 23:59         | EMISION ORIGINAL             |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|  |   |
|--|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021 | IDENTIFICACIÓN<br>NAD: 285.234-0                |
| DIRECCIÓN: CL 8 NRO. 6 - 39 ED MARY CRISTY                   | CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO<br>TELÉFONO: 3138603074 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|   |  |
|---|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>PATRIMONIO AUTONOMO FINDETER ICBF SIGLO 21 | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.053.105-3                          |
| DIRECCIÓN: CL 103 NRO. 19 - 20  | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL<br>TELÉFONO 6230311 |

ADICIONAL:

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A REDIS FEBRERO 2013, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR LA SERIEDAD DE LA OFERTA PRESENTADA SEGUN CONVOCATORIA No. PAF-ICBFGS-0-060-2021 TERMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATAR LA EJECUCION DE DIAGNOSTICOS, ESTUDIOS TECNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACION DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLIN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. LA ASEGURADORA CUBRE A LA CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL PROponente, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. LA NO SUSCRIPCION DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL PROponente SELECCIONADO.  
B. LA NO AMPLIACION DE LA VIGENCIA DE LA GARANTIA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL TERMINO PREVISTO EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA O LAS REGLAS DE PARTICIPACION SE PRORROGUE, O CUANDO EL TERMINO PREVISTO PARA LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRORROGAS NO EXCEDAN UN TERMINO DE TRES (3) MESES.  
C. EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUES DE VENCIDO EL TERMINO FIJADO PARA LA PRESENTACION DE LAS PROPUESTAS.  
D. LA NO PRESENTACION POR PARTE DEL PROponente SELECCIONADO DE LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

## AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

|                       |                |                |                  |
|-----------------------|----------------|----------------|------------------|
| AMPAROS               | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
| SERIEDAD DE LA OFERTA | 12/11/2021     | 25/03/2022     | \$23,012,703.00  |

FECHA ADJUDICACIÓN : 12/12/2021

## ACLARACIONES

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :

|                                |                |               |
|--------------------------------|----------------|---------------|
| NOMBRE                         | IDENTIFICACION | PARTICIPACION |
| TELLEZ SALAS ELIANA KARINA     | 59819500       | 70.00         |
| BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE | 18126628       | 30.00         |

|                   |                   |                  |                   |                       |              |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| VALOR PRIMA NETA  | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA              | TOTAL A PAGAR     | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
| \$ *****23,012.00 | \$ *****8,000.00  | \$ *****5,892.00 | \$ *****36,905.00 | \$ *****23,012,703.00 | CONTADO      |

|                             |        |            |                        |         |                 |
|-----------------------------|--------|------------|------------------------|---------|-----------------|
| INTERMEDIARIO               |        |            | DISTRIBUCION COASEGURO |         |                 |
| NOMBRE                      | CLAVE  | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| LUIS ALBERTO MORALES GARCIA | 133092 | 100.00     |                        |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS  
P. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL EST  
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS  
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS

21-45-101350309

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General



FIRMA TOMADOR



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

### PARTICULAR

|                                       |  |  |                                     |  |  |                             |                                     |  |  |               |                                     |                              |  |            |  |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------|-------------------------------------|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.  |  |  |                                     |  |  | SUCURSAL<br>ANTIGUO COUNTRY |                                     |  |  | COD.SUC<br>21 |                                     | NO.PÓLIZA<br>21-45-101350309 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA    MES    AÑO |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA    MES    AÑO |  |  | A LAS HORAS                 | VIGENCIA HASTA<br>DÍA    MES    AÑO |  |  | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL |                              |  |            |  |
| 11    11    2021                      |  |  | 12    11    2021                    |  |  | 00:00                       | 25    03    2022                    |  |  | 23:59         |                                     |                              |  |            |  |

#### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|  |  |  |  |  |  |                          |  |                                  |                      |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|----------------------------------|----------------------|--|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br>CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021 |  |  |  |  |  |                          |  | IDENTIFICACIÓN<br>NAD: 285.234-0 |                      |  |  |
| DIRECCIÓN: CL 8 NRO. 6 - 39 ED MARY CRISTY                   |  |  |  |  |  | CIUDAD: MOCOYA, PUTUMAYO |  |                                  | TELÉFONO: 3138603074 |  |  |

#### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|   |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                   |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|-------------------|--|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>PATRIMONIO AUTONOMO FINDETER ICBF SIGLO 21 |  |  |  |  |  |  |  | IDENTIFICACIÓN<br>NIT: 830.053.105-3 |                   |  |  |
| DIRECCIÓN: CL 103 NRO. 19 - 20  |  |  |  |  |  | CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                      | TELÉFONO: 6230311 |  |  |

ADICIONAL:

OBJETO DE LA POLIZA  
TOMADOR/AFIANZADO  
ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ C.C.18.126.628 PART 30%  
ELIANA KARINA TELLEZ SALAS C.C.59.819.500 PART 70%  
INTEGRANTES DEL CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

21-45-101350309

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

AIDARODRIGUEZ



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

## PARTICULAR

|                                      |     |      |                |     |      |                             |  |                |     |      |             |               |                  |                              |  |            |  |
|--------------------------------------|-----|------|----------------|-----|------|-----------------------------|--|----------------|-----|------|-------------|---------------|------------------|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C. |     |      |                |     |      | SUCURSAL<br>ANTIGUO COUNTRY |  |                |     |      |             | COD.SUC<br>21 |                  | NO.PÓLIZA<br>21-45-101350309 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN                     |     |      | VIGENCIA DESDE |     |      | A LAS HORAS                 |  | VIGENCIA HASTA |     |      | A LAS HORAS |               | TIPO MOVIMIENTO  |                              |  |            |  |
| DÍA                                  | MES | AÑO  | DÍA            | MES | AÑO  |                             |  | DÍA            | MES | AÑO  |             |               |                  |                              |  |            |  |
| 11                                   | 11  | 2021 | 12             | 11  | 2021 | 00:00                       |  | 25             | 03  | 2022 | 23:59       |               | EMISION ORIGINAL |                              |  |            |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021 | IDENTIFICACIÓN<br>NAD: 285.234-0                 |
| DIRECCIÓN: CL 8 NRO. 6 - 39 ED MARY CRISTY                   | CIUDAD: MOCOYA, PUTUMAYO<br>TELÉFONO: 3138603074 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|   |  |
|---|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>PATRIMONIO AUTONOMO FINDETER ICBF SIGLO 21 | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.053.105-3                          |
| DIRECCIÓN: CL 103 NRO. 19 - 20  | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL<br>TELÉFONO 6230311 |

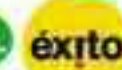
ADICIONAL:



## PAGINA WEB



## CORRESPONSALES BANCARIOS



## Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

|                                       |                                       |                         |                                    |  |                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--|-------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ *****23,012.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 | IVA<br>\$ *****5,892.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****36,905.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****23,012,703.00 | PLAN DE PAGO<br>CONTADO |
| INTERMEDIARIO                         |                                       |                         | DISTRIBUCION COASEGURO             |  |                         |
| NOMBRE                                | CLAVE                                 | % DE PART.              | NOMBRE COMPAÑIA                    | % PART.  | VALOR ASEGURADO         |
| LUIS ALBERTO MORALES GARCIA           | 133092                                | 100.00                  |                                    |  |                         |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

## FORMA DE PAGO

| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|-------|------------|-------|
|       |            |       |

|           |  |
|-----------|--|
| EFFECTIVO |  |
| CHEQUE    |  |
| TOTAL \$  |  |



(415) 7709998021167 (8020) 11005128110392 (3900) 000000036905 (96) 20221112

REFERENCIA  
PAGO:  
1100512811039-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

## 2.2. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO O SU EQUIVALENTE

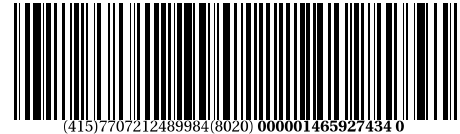
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14659274340



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 9 8 1 9 5 0 0

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pasto

14. Buzón electrónico

1 4

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 9 8 1 9 5 0 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 1 0 5 3 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Nariño

5 2

30. Ciudad/Municipio:

Pasto

0 0 1

31. Primer apellido

TELLEZ

32. Segundo apellido

SALAS

33. Primer nombre

ELIANA

34. Otros nombres

KARINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Nariño

5 2

40. Ciudad/Municipio:

Pasto

0 0 1

41. Dirección principal

CL 19 23 71 ED BANCO POPULAR OF 402

42. Correo electrónico:

a30711936@gmail.com

43. Código postal

7 2 2 4 0 0 1

44. Teléfono 1:

3 1 5 4 8 6 4 1 2 6

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

4 2 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 0 1 0 0 2

**Actividad secundaria**

48. Código:

4 1 1 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 8 2 9

50. Código:

1 2

**Otras actividades**

6 9 1 0 7 1 1 0

**Ocupación**

51. Código

2 1 4 2

52. Número establecimientos

**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 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 8 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

14- Informante de exogena

22- Obligado a cumplir deberes formales a

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 9 1 3

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

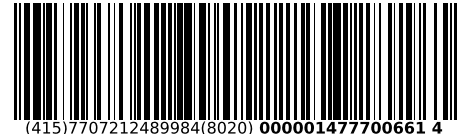
984. Nombre TELLEZ SALAS ELIANA KARINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14777006614



(415)7707212489984(8020) 000001477700661 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 8 1 2 6 6 2 8

6. DV

2

12. Dirección seccional

Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís

14. Buzón electrónico

4 6

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 8 1 2 6 6 2 8

27. Fecha expedición

1 9 9 3, 0 3, 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Putumayo

8 6

30. Ciudad/Municipio

Mocoa

0 0 1

31. Primer apellido

BUENDIA

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

ANDRES

34. Otros nombres

FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Putumayo

8 6

40. Ciudad/Municipio

Mocoa

0 0 1

41. Dirección principal

CL 8 6 39 ED MERY CRISTY

42. Correo electrónico

anfebun@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 3 9 6 7 6 8 9

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

4 2 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 0, 1 1, 2 8

**Actividad secundaria**

48. Código

4 6 5 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 7, 0 1

**Otras actividades**

50. Código

4 3 9 0, 4 1 1 1

**Ocupación**

51. Código

2 1 4 2

52. Número establecimientos

1

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 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  
5 1 4 2 2 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

14- Informante de exogena

22- Obligado a cumplir deberes formales a

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

**Obligados aduaneros**

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

**Exportadores**

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3  
57. Modo  
58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 08 - 11 / 08 : 58: 46

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14777006614



(415)7707212489984(8020) 000001477700661 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 8 1 2 6 6 2 8

6. DV

2

12. Dirección seccional

Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís

14. Buzón electrónico

4 6

**Características y formas de las organizaciones**

62. Naturaleza

☐  
☐  
☐

63. Formas asociativas

☐  
☐  
☐

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

☐  
☐  
☐

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

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

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|---|--------|
| 1    | 8 0               | 2 0 1 7 0 3 3 0            |   | -      |
| 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 |  |   |         |

## **2.3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CON LOS SISTEMAS GENERALES DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES: Formato 2**

---

## CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

### FORMATO 2

#### CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Bogotá D.C, 12 de noviembre de 2021

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER ICBF SIGLO 21**

Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: CONVOCATORIA N° PAF-ICBFGS-O-060-2021

Objeto: contratar la “EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA”.

Yo, ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ, identificado con C.C. 18.126.628 de Mocoa, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural   X   Representante Legal        Revisor Fiscal de ANDRES FELIPE BUEN DIA MARTINEZ identificada con Nit 18.126.628 - 2, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de MOCOA (PUTUMAYO) certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con lo dispuesto por las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014, y 1739 de 2014.

Atentamente,

  
andres felipe buendia martinez  
arquitecto



ANDRES FELIPE BUENDIA MARTINEZ

C.C.18.126.628 de Mocoa

MP A76111999-18126628

---

Correo: obrascivilescolombia2000@gmail.com / a30711936@gmail.com

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |               |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 18126628                   |    | BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | BARRIO CENTRO | MCOCA-PUTUMAYO      | 4200814  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                          |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|--------------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                          |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco                    | Valor     |
| 2021-09                           | 2021-09 | 1173851577 |  | 9424866179 | I        | 2021/10/07 | 2021/10/21 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | \$278,400 |

| 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 |
| 1                                | CC 18126628    | BUENDIA MARTINEZ ANDRES FELIPE | 230301  | 30   | \$958,526 | \$153,400 | EPS044 | 30   | \$958,526 | \$119,900 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$958,526 | \$5,100 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total Afiliados( 1)</b>       |                |                                |         |      | \$958,526 | \$153,400 |        |      | \$958,526 | \$119,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$958,526 | \$5,100 |              | \$0 | \$0    |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$153,400        | \$0            | \$0                    | \$153,400        |  |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$153,400        | \$0            | \$0                    | \$153,400        |  |
| 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         | \$119,900        | \$0            | \$0                    | \$119,900        |  |
| MEDIMAS EPS                  | EPS044 | 901,097,473 | 5  | 1         | \$119,900        | \$0            | \$0                    | \$119,900        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$278,400</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$278,400</b> |  |

---

## CONSORCIO SACUDETE EN MEDELLIN 2021

---

### FORMATO 2

#### CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Bogotá D.C, 12 de noviembre de 2021

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER ICBF SIGLO 21**


Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: **CONVOCATORIA N° PAF-ICBFGS-O-060-2021**

Objeto: contratar la **“EJECUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/O ADECUACIÓN DE UN CENTRO SACUDETE UBICADO EN MEDELLÍN, DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA”**.

Yo, ELIANA KARINA TELLEZ SALAS, identificado con C.C. 59.819.500 de Pasto, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural ☒ Representante Legal ☐ Revisor Fiscal ☐ de ELIANA KARINA TELLEZ SALAS identificada con Nit 59.819.500-2, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Pasto (NARIÑO) certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con lo dispuesto por las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014 y 1739 de 2014.

Atentamente,



ELIANA KARINA TELLEZ SALAS

C.C. 59.819.500 de Pasto

MP 52202-71578

---

Correo: [obrascivilescolombia2000@gmail.com](mailto:obrascivilescolombia2000@gmail.com) / [a30711936@gmail.com](mailto:a30711936@gmail.com)

Celular: 3138603074 / 3154864126

CL 8 NRO 6 39 EDIFICIO MARY CRISTY, MOCOA (PUTUMAYO).

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 59819500          | ELIANA KARINA TELLEZ SALAS |        | CALLE 19 # 23 73 OFICINA 402 | 7224001            | a30711936@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                 | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | NARIÑO                       | PASTO              |                                     |
|                     |                   |                            |        |                              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD        |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR   |
| 2021-09              | 2021-09                           | I             | 11/10/2021               | 53430825        | \$773.400       |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS016        | Comeva EPS | 805000427-1 | 312.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 312.500       | 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 | 400.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 400.000       | 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 | 60.900                 |                  |       |                        | 60.900                | 0         | 0                     | 60.900              |                            |                     | 609               | 60.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |               |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | No. Afiliados |
|               |        |  |  |  |     |              |               |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 312.500                             | 312.500        |
| Pensión                | 1                              | 400.000                             | 400.000        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 60.900                              | 60.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>773.400</b>                      | <b>773.400</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 59819500          | ELIANA KARINA TELLEZ SALAS |        | CALLE 19 # 23 73 OFICINA 402 | 7224001            | a30711936@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                 | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | NARIÑO                       | PASTO              |                                     |
|                     |                   |                            |        |                              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD        |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR   |
| 2021-09              | 2021-09                           | I             | 11/10/2021               | 53430825        | \$773.400       |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |            |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |            |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |            |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Cotiza. exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN     | IDE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o 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   | 59819500              | TELLEZ SALAS ELIANA KARINA | 59        | 0       |            | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |            | 230301   | 2.500.000         | 400.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS016       | 2.500.000 | 312.500                | 14-23    | 2.500.000 | 3               | 60.900     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

**2.4. CERTIFICADO DEL REGISTRO ÚNICO DE  
PROPONENTES DEL REGISTRO ÚNICO  
EMPRESARIAL DE LA CÁMARA DE COMERCIO (EN  
CASO DE ESTAR INSCRITO)**

