

Diligencie a máquina o letra imprenta los datos. No se admiten tachones ni enmendaduras. En los términos del artículo 166 del Decreto 019 de 2012 y 33 del Código de Comercio, cualquier modificación de la información reportada debe ser actualizada. En los términos del artículo 36 del Código de Comercio, la Cámara de Comercio podrá solicitar información adicional. Autorizo el uso y divulgación de toda la información contenida en este formulario y sus anexos, para los fines propios de los registros públicos y su publicidad.

Para uso exclusivo de la Cámara de Comercio
Código Cámara y Fecha Radicación

INFORMACIÓN DEL REGISTRO			
1	REGISTRO MERCANTIL / VENDEDORES DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR / SOCIEDAD CIVIL	REGISTRO ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO / ECONOMÍA SOLIDARIA / VEEDURÍAS CIUDADANAS / ONG'S EXTRANJERAS	REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES
	MATRÍCULA / INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>	INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>	INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>
	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
	TRASLADO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/>	TRASLADO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>
AJUSTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA <input type="checkbox"/>	AJUSTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA <input type="checkbox"/>	CANCELACIÓN <input type="checkbox"/>	
N° MATRÍCULA / INSCRIPCIÓN □□□□□□□□□□	N° INSCRIPCIÓN □□□□□□□□□□	ACTUALIZACIÓN POR TRASLADO DE DOMICILIO. INDIQUE LA CÁMARA DE COMERCIO ANTERIOR □	
AÑO QUE RENUEVA □□□□	AÑO QUE RENUEVA □□□□	N° INSCRIPCIÓN □□□□□□□□□□	
TIPO GENERAL DE ORGANIZACIÓN (Revisar las instrucciones del formulario RUES) <input type="checkbox"/>			
TIPO ESPECÍFICO DE ORGANIZACIÓN (Revisar las instrucciones del formulario RUES) <input type="checkbox"/>			
IDENTIFICACIÓN			
2	Persona Jurídica RAZÓN SOCIAL		SIGLA
	Personas Naturales PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
	NIT □□□□□□□□□□ DV □		
IDENTIFICACIÓN N°		FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
TIPO		PAÍS	
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>			
No. IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA EN EL PAÍS DE ORIGEN		PAÍS ORIGEN	No. IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA SOCIEDAD O P. NATURAL DEL EXTRANJERO CON EP (Establecimiento Permanente)
UBICACIÓN Y DATOS GENERALES			
INFORMACIÓN GENERAL			
DIRECCIÓN DE DOMICILIO PRINCIPAL		ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	CÓDIGO POSTAL □□□□
UBICACIÓN: LOCAL □□□□ OFICINA □□□□ LOCAL Y OFICINA □□□□ FÁBRICA □□□□ VIVIENDA □□□□ FINCA □□□□			
MUNICIPIO □□□□	DEPARTAMENTO □□□□	LOCALIDAD-BARRIO-VEREDA-CORREGIMIENTO □□□□	PAÍS □□□□
TELÉFONO 1 (Igual al reportado en el formulario del Registro Único Tributario DIAN Casilla 44) □□□□□□□□□□	TELÉFONO 2 □□□□□□□□□□	TELÉFONO 3 □□□□□□□□□□	
CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio)			
INFORMACIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL Y ADMINISTRATIVA			
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL		ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	CÓDIGO POSTAL □□□□
MUNICIPIO □□□□	DEPARTAMENTO □□□□	LOCALIDAD-BARRIO-VEREDA-CORREGIMIENTO □□□□	PAÍS □□□□
TELÉFONO 1 □□□□□□□□□□	TELÉFONO 2 □□□□□□□□□□	TELÉFONO 3 □□□□□□□□□□	
CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio)			
LA SEDE ADMINISTRATIVA ES:		De conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, autorizo para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico aquí especificado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PROPIA <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	COMODATO <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMO <input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES ECONÓMICAS			
Indique una clasificación principal y máximo tres clasificaciones secundarias, tomadas del sistema de clasificación industrial internacional uniforme (CIIU)			
INDIQUE EL CÓDIGO SHD SOLO SI SU ACTIVIDAD ECONÓMICA LA DESARROLLA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.			
ACTIVIDAD PRINCIPAL CIIU 1	ACTIVIDAD SECUNDARIA CIIU 2	OTRAS ACTIVIDADES CIIU 3 Y CIIU 4	
CLASE □□□□ SHD <input type="checkbox"/>	CLASE □□□□ SHD <input type="checkbox"/>	CLASE □□□□ SHD <input type="checkbox"/>	CLASE □□□□ SHD <input type="checkbox"/>
FECHA DE INICIO ACTIVIDAD PRIMARIA A A A A M M D D	FECHA DE INICIO ACTIVIDAD SECUNDARIA A A A A M M D D	IMPORTADOR <input type="checkbox"/>	EXPORTADOR <input type="checkbox"/> USUARIO ADUANERO <input type="checkbox"/>
DESCRIBA DE MANERA BREVE O RESUMIDA SU ACTIVIDAD ECONÓMICA - PARA PERSONAS NATURALES (Máximo 1.000 caracteres)			

<p>Diligencia a máquina o letra imprenta los datos. No se admiten tachones ni enmendaduras. En los términos del artículo 166 del Decreto 019 de 2012 y 33 del Código de Comercio, cualquier modificación de la información reportada debe ser actualizada. En los términos del artículo 36 del Código de Comercio, la Cámara de Comercio podrá solicitar información adicional. Autorizo el uso y divulgación de toda la información contenida en este formulario y sus anexos, para los fines propios de los registros públicos y su publicidad.</p>	<p>Para uso exclusivo de la Cámara de Comercio Código Cámara y Fecha Radicación</p> <p style="text-align: center;">18 -</p>
--	---

INFORMACIÓN FINANCIERA				
En los términos de la Ley, debe tomarse del balance de apertura o de los Estados Financieros con corte a 31 de diciembre del año anterior. Expresar las cifras en pesos colombianos. Datos sin decimales.				
5	ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA		ESTADO DE RESULTADOS	
	Activo Corriente \$ _____	Pasivo Corriente \$ _____	Ingresos Actividad Ordinaria \$ _____	
	Activo No Corriente \$ _____	Pasivo No Corriente \$ _____	Otros Ingresos \$ _____	
	Activo Total \$ _____	Pasivo Total \$ _____	Costo de Ventas \$ _____	
		Patrimonio Neto \$ _____	Gastos Operacionales \$ _____	
		Pasivo + Patrimonio \$ _____	Otros Gastos \$ _____	
		Balance Social (*) \$ _____	Gastos por Impuestos \$ _____	
		(*) Solamente si es Entidad sin ánimo de lucro	Utilidad / Pérdida Operacional \$ _____	
			Resultado del Período \$ _____	
	(Revisar las instrucciones del formulario RUES)		GRUPO NIIF <input type="checkbox"/>	
COMPOSICIÓN DEL CAPITAL EN CASO DE PERSONAS JURÍDICAS				
		1. NACIONAL	1.1. PÚBLICO _____ %	
		2. EXTRANJERO	2.1. PÚBLICO _____ %	
			1.2. PRIVADO _____ %	
			2.2. PRIVADO _____ %	

SI ES UNA EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO					
6	APORTES LABORALES \$ _____ % _____	APORTES ACTIVOS \$ _____ % _____	APORTES LABORALES ADICIONALES \$ _____ % _____	APORTES EN DINERO \$ _____ % _____	TOTAL APORTES \$ _____ % _____

REFERENCIAS - ENTIDADES DE CRÉDITO		REFERENCIAS - COMERCIALES	
7	1. NOMBRE _____ TELÉFONO _____	1. NOMBRE _____ TELÉFONO _____	
	2. NOMBRE _____ TELÉFONO _____	2. NOMBRE _____ TELÉFONO _____	

ESTADO ACTUAL DE LA PERSONA JURÍDICA			
8	CÓDIGO DEL ESTADO ACTUAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO CUAL? _____	NÚMERO DE EMPLEADOS <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	TIENE ESTABLECIMIENTOS, AGENCIAS O SUCURSALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTOS: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	TIENE LA ENTIDAD IMPLEMENTADO UN PROCESO DE INNOVACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EMPRESA FAMILIAR (Informar solo para fines estadísticos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PORCENTAJE DE EMPLEADOS TEMPORALES (%) <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

DETALLE DE LOS BIENES RAICES QUE POSEA (En cumplimiento del artículo 32 del Código de Comercio)			
9	MATRÍCULA INMOBILIARIA _____	MATRÍCULA INMOBILIARIA _____	
	DIRECCIÓN _____	DIRECCIÓN _____	
	BARRIO _____	BARRIO _____	
	MUNICIPIO _____	MUNICIPIO _____	
	DEPARTAMENTO _____	DEPARTAMENTO _____	
	PAIS _____	PAIS _____	

LEY 1780 DE 2016	
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1780 de 2016 PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DEL ARTÍCULO 3.	SOLO EN CASO DE 1RA RENOVACIÓN Y HABIENDOSE ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY 1780 DE 2016 AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA. MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE MANTENGO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL NUMERAL 2.2.41.5.2 DEL DECRETO REGLAMENTARIO DE LA LEY
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLO <input type="checkbox"/> NO CUMPLO <input type="checkbox"/>

PROTECCIÓN SOCIAL					
11	¿ES APORTANTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN SOCIAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	TIPO DE APORTANTE: (Marque con una X la casilla que corresponda)	APORTANTE CON 200 O MAS COTIZANTES <input type="checkbox"/>	CUENTA CON MENOS 200 DE COTIZANTES <input type="checkbox"/>	APORTANTE BENEFICIARIO DEL ARTICULO 5 DE LA LEY 1429 DE 2010 <input type="checkbox"/>	APORTANTE INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>

El suscrito declara bajo la gravedad del juramento que la información reportada en este formulario y la documentación anexa al mismo, es confiable, veraz, completa, exacta .

Nombre de la Persona Natural o Representante Legal de la Persona Jurídica _____ FIRMA _____

Documento de identificación N° _____ CC CE TI PASAPORTE PAIS _____

Cualquier falsedad en que se incurra podrá ser sancionada de acuerdo con la Ley (artículo 38 del Código de Comercio y normas concordantes y complementarias)

Espacio para uso exclusivo de la
Cámara de Comercio

Firma y Sello de la Cámara de Comercio

FORMULARIO DEL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL RUES

ENTIDADES DE ECONOMÍA SOLIDARIA Y ENTIDADES
SIN ÁNIMO DE LUCRO

ANEXO 5

Diligencie a máquina o letra imprenta los datos. No se admiten tachones ni enmendaduras. En los términos del artículo 166 del Decreto 019 de 2012 y 33 del Código de Comercio, cualquier modificación de la información reportada debe ser actualizada. En los términos del artículo 36 del Código de Comercio, la Cámara de Comercio podrá solicitar información adicional. Autorizo el uso y divulgación de toda la información contenida en este formulario y sus anexos, para los fines propios de los registros públicos y su publicidad.

Para uso exclusivo de la Cámara de Comercio
Código Cámara y Fecha Radicación

18 -

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE ASOCIADOS (OBLIGATORIO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE MUJERES: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PERTENECE A UN GREMIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>	ENTIDAD ACREDITADA QUE IMPARTIÓ EL CURSO BÁSICO DE ECONOMÍA SOLIDARIA: <input type="text"/>
1 NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL: <input type="text"/>	REQUIERE AUTORIZACIÓN DE REGISTRO: (Aplica para las organizaciones especializadas de la economía solidaria) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HA REMITIDO LA DOCUMENTACIÓN AL ENTE DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD QUE AUTORIZA: <input type="text"/>
CLASE DE LA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO	
2 ASOCIACIÓN <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> FUNDACIÓN <input type="checkbox"/> ENTIDAD DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL? <input type="text"/>	TIPO ESPECÍFICO DE ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO O ENTIDAD DE ECONOMÍA SOLIDARIA (Revisar las instrucciones del formulario RUES) <input type="text"/> <input type="text"/>
INFORMACIÓN ADICIONAL	
3 ¿PERSONAS VINCULADAS A SU ENTIDAD PRESENTAN ALGUNA DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿PERSONAS VINCULADAS A SU ENTIDAD PERTENECEN A UNA ETNIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL <input type="text"/>
¿PERSONAS VINCULADAS A SU ENTIDAD PERTENECEN A UN GRUPO LGBTI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUENTA CON INDICADORES DE GESTIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿PERSONAS VINCULADAS A SU ENTIDAD, TIENEN UNA CONDICIÓN DE DESPLAZADOS, VÍCTIMAS O REINSERTADOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL <input type="text"/>	

REPRESENTANTE LEGAL
El suscrito declara bajo la gravedad del juramento que la información presentada en este formulario y la documentación anexa al mismo, es confiable, veraz, completa, exacta.
Nombre del Representante Legal de la Persona Jurídica: _____ FIRMA _____ _____
Documento de identificación N° _____ CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> PAÍS <input type="text"/>
Cualquier falsedad en que se incurra podrá ser sancionada de acuerdo con la Ley (artículo 38 del Código de Comercio y normas concordantes y complementarias)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CÁMARA DE COMERCIO