DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

Yo, Jescica Marcela Hurtado Soler, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1128440101 , con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI ( ) NO (X)

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI ( ) NO (X)

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (X) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   4.2. Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.		
2.		
3.		

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
N/A	N/A	N/A	N/A

   Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,357,184) por concepto de dependientes.

7. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No._____.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

8.3. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (X) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio)

8.4. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (X)

8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (X)

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de febrero de 2023



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Jescica Marcela Hurtado Soler
C.C. 1.128.440.101

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*842-2023*			
CONTRATISTA:	Jescica Marcela Hurtado Soler		**NIT / C.C No. :**	*1128440101*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.			
VALOR DEL CONTRATO	VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE SETECIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE ($27.239.716,00))			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-02		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	148 DIAS
FECHA DE INICIO:	2023-08-02		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-08-02	**HASTA:**	2023-09-01
PAGO NÚMERO:	UNO (01)		**DEPENDENCIA:**	Dirección De Medicamentos Y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Ejecutar la evaluación técnica farmacéutica del módulo de calidad aportado por el interesado, para la obtención del registro sanitario y demás tramites asociados de alta complejidad; de acuerdo con los tramites y actividades asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	Se brindó apoyo en la evaluación técnica de Registros sanitarios nuevos, así mismo en la evaluación técnica de Renovaciones automáticas en el momento procesal: Control posterior y generación, en concordancia con los tramites asignados en mi área de trabajo.	Se envió FIEs en formato PDF al correo: fies.rsmmpb@invima.gov.co de los siguientes radicados: 20211244326 – REG. NUEVOS x 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221259784 – REG. NUEVOS x 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221039960 – REG. NUEVOS X 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221040245 – REG. NUEVOS X 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20211189148 – Renovación automática – Generación 20191092264 – Renovación automática – Control posterior 20191097096 – Renovación automática – Control posterior 20191102498 – Renovación automática – Control posterior 20191110493 – Renovación automática – Control posterior 20191111454 – Renovación automática – Control posterior 20191112477 – Renovación automática – Control posterior 20191104546 – Renovación automática – Control posterior 20191110044 – Renovación automática – Control posterior
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	Se brindó apoyo en la evaluación técnica y generación de actos administrativos de Renovaciones y Registro Sanitario Nuevo	20211244326 – REG. NUEVOS x 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221259784 – REG. NUEVOS x 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221039960 – REG. NUEVOS X 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20221040245 – REG. NUEVOS X 677 NO UNIFICADO (Rta auto) 20211189148 – Renovación automática – Generación 20191092264 – Renovación automática – Control posterior 20191097096 – Renovación automática – Control posterior

			20191102498 Renovación automática – Control posterior 20191110493 Renovación automática – Control posterior 20191111454 Renovación automática – Control posterior 20191112477 Renovación automática – Control posterior
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de trámite de acuerdo con la normatividad vigente.	Durante este periodo de tiempo no se asignaron tareas para dar apoyo a esta actividad.	N/A
4	Mantener actualizada la información de las herramientas tecnológicas institucionales y de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicas, así como las demás bases de datos que se requieran con ocasión al objeto contractual respecto del desarrollo de las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y tramites asociadas.	Solicitud corrección/actualización base de datos por medio de correspondencias.	20231197160 Correspondencia 20231196879 Correspondencia 20231197167 Correspondencia 20231197169 Correspondencia 20231214200 Correspondencia 20231182470 Correspondencia 20231187875 Correspondencia 20231195793 Correspondencia 20231210759 Correspondencia 20231217180 Correspondencia
5	Apoyar en la actualización de procedimientos, instructivos, guías y/o manuales para el desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y tramites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	Durante este periodo de tiempo no se asignaron tareas para dar apoyo a esta actividad.	N/A
6	Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos respecto de registro sanitarios y demás tramites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual.	Se brindó apoyo en la proyección de respuesta a consultas, peticiones y solicitudes realizadas por el usuario por medio del canal de correspondencia. También durante este periodo de tiempo se asignaron tareas para mejorar conceptos relacionados con la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados.	20131206165 Correspondencia 20231211024 Correspondencia 20231201999 Correspondencia 20231195931 Correspondencia 20231196756 Correspondencia 20231208572 Correspondencia 20231209837 Correspondencia 20231196181 Correspondencia 20231210972 Correspondencia 20231211594 Correspondencia 20231208259 Correspondencia 20231219102 Correspondencia

			20231214021 Correspondencia 20231217906 Correspondencia • Activación de usuarios y solicitud de aplicativos. • Reunión Grupo - Temas varios: Danaida Sandoval • Reunión Grupo - Temas varios: Danaida Sandoval • Capacitación asignación y manejo VPN Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos • GRUPO 4 SCRUM - MES AGOSTO

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.				

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de agosto del año 2023.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$5.521.564	$2’208.626	30	$641.100	1056365160	Pago Simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.239.716
Valor prórroga contrato	$ 0
Valor del contrato modificado	$ 0
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 21.718.152

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

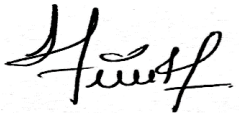
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Acta de inicio	X	
Pago 1	X	

Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios N° 842 de 2023.

OBSERVACION

Este informe corresponde a lo realizado desde el 02/08/2023 al 01/09/2023, debido al cambio de Coordinadora partir de 08/08/2023, se reportan firma de los dos coordinadores que realizaron la supervisión en las respectivas fechas, desde el 02/08/2023 al 07/08/2023 por Yenny Marcela Suárez González y desde el 08/08/2023 al 01/09/2023 por Danaida Erika Sandoval Peña.

Atentamente,



Firma
Jescica Marcela Hurtado Soler
Contratista
C.C. No. 1.128.440.101

Recibí a satisfacción:

Yenny Suárez

Firma_____
YENNY MARCELA SUAREZ GONZALEZ
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados hasta 07/08/2023
Supervisor Contrato 842 de 2023



Firma_____
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados desde 08/08/2023
Supervisora Contrato 842 de 2023

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**			
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01	

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**JESCICA MARCELA HURTADO SOLER**	**NIT/ CC No.**	1.128.440.101
CORREO ELECTRÓNICO	jhurtados@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3222117831
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)**	
No. CONTRATO	**842 - 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**148 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-02**	**FECHA DE INICIO**	**2023-08-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.239.716**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.239.716**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.718.152**	**VALOR PAGADO**	**5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PRIMERA**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(02 de agosto al 01 de septiembre de 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**80711867434**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

N/A

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI	**Facturas**	N/A	
Pago Parafiscales	N/A	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**1056365160**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ago-23**	**2023-09-05**	**$ 276.100**	**SANITAS**
PENSIÓN	**ago-23**	**2023-09-05**	**$ 353.400**	**COLPENSIONES**
ARL	**ago-23**	**2023-09-05**	**$ 11.600**	**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**	
	2023	9	6	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA **COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS**	**Consecutivo:**	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-09-05, 03:10:07 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2023
Empresa	JESCICA MARCELA HURTADO SOLER
CEDULA CIUDADANIA	CC 1128440101
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1056365160
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	143002175
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 642.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 353.400	$ 400
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 276.100	$ 400
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 11.600	$ 100
		SubTotales:		$ 641.100	$ 900
		Total a Pagar:			$ 642.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-06, 07:59:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056365160

Periodo Cotización: agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023

PAGADO 05/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESCICA MARCELA HURTADO SOLER		
Documento	CC1128440101	**Dirección**	CL 2 SUR #2 - 23 OBRERO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222117831
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN AGUSTIN	**Departamento**	HUILA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1128440101	JESCICA MARCELA HURTADO SOLER	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.208.626	$ 353.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.208.626	$ 276.100	0,522	$ 2.208.626	$ 11.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.208.626	$ 2.208.626	$ 2.208.626	$ 0	$ 353.400	$ 276.100	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.100	$ 900	$ 642.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14928195351

(415)7707212489984(8020) 000001492819535 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 8 4 4 0 1 0 1	2 0 0 9 1 0 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HURTADO	SOLER	JESCICA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 9 61 53

42. Correo electrónico jecamahuso@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 4 0 5 2 6							

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 07 - 21 / 11 : 43: 59

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 HURTADO SOLER JESCICA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Martes, 13 de junio de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JESCICA MARCELA HURTADO SOLER identificado(a) con CC 1128440101, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	80711867434	2013/08/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.