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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	170 de 2024			
CONTRATISTA:	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		**NIT / C.C No. :**	*1020733043*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO COMUNICADORA SOCIAL ESPECIALIZADA, PARA DISEÑAR, FACILITAR E IMPLEMENTAR LOS MODELOS DE COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL QUE FOMENTEN LA CULTURA CORPORATIVA Y BENEFICIEN EL DESARROLLO DE LA MISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA			
VALOR DEL CONTRATO	$ 38.654.000,00			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024/01/15		**PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS**	132
FECHA DE INICIO:	2024/01/15		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024/08/14
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024/01/15	**HASTA:**	2024/02/14
PAGO NÚMERO:	UNO		**DEPENDENCIA:**	COMUNICACIONES
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JULIO CÉSAR MENDOZA GARCÍA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Administrar el proceso de Comunicación Interna del INVIMA a través del desarrollo de campañas que divulguen los hechos informativos, proyectos y programas para mantener informados a los funcionarios y contratistas del Instituto	- Generación de contenidos internos con la elaboración de mensajes para piezas gráficas que informen sobre actividades, decisiones institucionales, información de interés general, actualizaciones en Integra, nuevos nombramientos y logros. - Acompañar en el diseño y la estructuración de la nueva intranet de la entidad, incluyendo la creación de mensajes clave, la definición de la estructura, pestañas, canales e información. Además, se llevará a cabo la	Actualización perfiles página web Capsulas pantallas digitales Capsulas pantallas digitales Gestión comunicación interna

		socialización con todas las áreas de la entidad para incorporar sus contenidos en la intranet, en colaboración con el apoyo de la OTI. - Acompañamiento permanente en comunicaciones al Grupo de Talento Humano para sus comunicaciones internas en apoyo al grupo de Bienestar Social. - Difusión de todos los mensajes institucionales de carácter informativo como apoyo a todas las áreas, grupos y direcciones. - Actualización de la sección ¿quiénes somos? de la página web del Instituto (directorio administrativo) - Redacción de mensajes institucionales. - Coordinación actualización parrilla para las pantallas digitales de la entidad (edificio presidencial, comedor dirección Alimentos y Bebidas, Atención al Ciudadano). - Asegurar el cumplimiento de procedimiento de gestión de comunicaciones con todas las áreas del Instituto para todas las comunicaciones internas en los diferentes medios internos.	
2	Producir y coadyuvar, con las diversas áreas de la entidad, la elaboración de los elementos comunicativos que requiera el INVIMA y divulgarlo a través de los diferentes medios de comunicación interna de la Entidad.	- Acompañamiento permanente en comunicaciones a todos los grupos, direcciones y oficinas de la entidad para sus comunicaciones que son divulgadas a través de los canales internos.	Gestión comunicación interna

3	Proponer estrategias de comunicación que fortalezcan el clima y la cultura organizacional de la entidad.	- Implementación y apoyo en la estrategia de rediseño institucional.	Rediseño Institucional
4	Efectuar cargue de información en la Intranet que sea necesario y/o conducente al desarrollo del objeto contractual	- Hasta la fecha se encuentra en proceso de diseño y estructuración de la plataforma con el apoyo de OTI.	Intranet
5	Realizar la revisión y unificación de texto y estilo para el boletín interno "Ambientémonos con Calidad".	- El contenido para el primer boletín del 2024 se recibe la última semana de febrero del año en curso.	Oficina de Planeación
6	Adelantar la ejecución de las actividades contractuales acorde a la estrategia de comunicaciones del INVIMA y propender por el incremento de uso de la herramienta empresarial (Yammer) generando mayor interacción por parte de los colaboradores de la entidad.	- Difusión de las actividades de los GTT en los canales internos de la entidad (pantallas digitales, Viva Engage por medio de anuncios). - Publicaciones en Yammer sobre la socialización de las actividades de Bienestar Social, Talento Humano, TICS, SST, actualizaciones en INTEGRA, cambios administrativos del mes, boletines sindicales y demás información de interés general.	https://web.yammer.com/main/users/eyJfdHlwZSI6IlVzZXIiLCJpZCI6IjE0ODkxMTA1MDc1MjAifQ
7	Propender por el incremento de uso de la herramienta empresarial (Yammer) generando mayor interacción por parte de los colaboradores de la entidad.	- Publicaciones en Yammer sobre la socialización de las actividades de Bienestar Social, Talento Humano, TICS, SST, actualizaciones en INTEGRA, cambios administrativos del mes, boletines sindicales y demás información de interés general.	https://web.yammer.com/main/users/eyJfdHlwZSI6IlVzZXIiLCJpZCI6IjE0ODkxMTA1MDc1MjAifQ
8	Proyectar y/o revisar documentos, comunicados, circulares internas informativas de manera oportuno, de acuerdo a los tiempos del procedimiento de gestiones de comunicaciones,	- Revisión de redacción y apoyo en la gestión de diseño gráfico o audiovisual de todas las comunicaciones internas de las direcciones, grupo y oficinas asegurando el	Gestión comunicación interna

	sobre las diferentes decisiones administrativas, convocatorias de talleres o actividades, información de carácter institucional, alertas por correos maliciosos, y demás mensajes de carácter institucional que se requieran a nivel interno.		cumplimiento del manual de imagen corporativa y del procedimiento de gestión de comunicaciones.	
9	Proyectar y/o revisar el diseño del Plan Estratégico de Comunicación Interna- PECI en el INVIMA y apoyar la implementación del mismo.	-	Redacción, análisis de resultados, definición de indicadores de medición y definición de toda la estrategia para el Plan Estratégico de Comunicación Interna – PECI.	PECI - MIC MAC Comunicación interna

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

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 **ENERO** del año **2024**.

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)
1	$5’521.564	$2,208,625	30	$641.100	74301438	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$38’654.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$5’522.000
Saldo del contrato	$33’132.000

6. PUBLICACIÓN 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
1	x	

Atentamente,

Leny Vanessa Sorza Ballesteros
Contratista
Comunicación interna
Dirección General – Grupo de Comunicaciones
C.C. 1’020.733.043

Recibí a satisfacción:

Julio César Mendoza García
Coordinadora Grupo de Comunicaciones
Supervisor contrato 170 de 2024

	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	Leny Vanessa Sorza Ballesteros	**NIT/ CC No.**	1020733043
CORREO ELECTRÓNICO	vanessasorzab@gmail.com	**TELÉFONO**	3104812574
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	**170 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**210 DÍAS**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO COMUNICADORA SOCIAL ESPECIALIZADA, PARA DISEÑAR, FACILITAR E IMPLEMENTAR LOS MODELOS DE COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL QUE FOMENTEN LA CULTURA CORPORATIVA Y BENEFICIEN EL DESARROLLO DE LA MISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-15**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-15**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-08-14**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 38.654.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 38.654.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 5.522.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**pago 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**15 de enero al 14 de febrero del 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**473170021066**

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)

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	SI	**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	74301438

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2024 - 1	5/02/24	$276.100	SANITAS
PENSIÓN	2024 - 1	5/02/24	$353.400	PROTECCIÓN
ARL	2024 - 1	5/02/24	$11.600	POSITIVA COMPAÑÍA 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**
	2024	1	16



JULIO CESAR MENDOZA GARCÍA

COORDINADOR GRUPO DE COMUNICACIONES

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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.

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

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Leny Vanessa Sorza Ballesteros
Identificación: c.c. 1'020.733.043

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI ( ) NO (X)
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI ( ) NO (X)

2. 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

   2.1. Declaro que: SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

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

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

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

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

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

6. 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 6 marco **S**I diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

7. 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	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
María Celeste Pinto Sorza	2 años	hija	RC	1019920425

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 ($1,506,080) por concepto de dependientes.

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

8.1. Pagos adicional por salud SI (X) NO ( ) : 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) anexo certificación.

8.2. 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) anexo certificación.

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

8.2.2. 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 ( )

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

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con 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 estos 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 a los 13 días del mes de febrero del 2024

Firma: 
Nombres y Apellidos: Leny Vanessa Sorza Ballesteros
C.C. 1020733043

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **05/02/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1020733043**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**473170021066**
Fecha de apertura	**09/12/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS	Calle13cbis#83-46	6663636	vane2819@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	05/02/2024	74301438	$685.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.200	0	0	44.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.100	276.100
Pensión	1	353.400	353.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	44.200	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	685.300	685.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		Calle13cbis#83-46	6663636	vane2819@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	05/02/2024	74301438	$685.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020733043	SORZA BALLESTEROS LENY VANESSA	59	0			N																	230201	2.208.625	353.400	0	0	0	0	EPS005	2.208.625	276.100	14-23	2.208.625	1	11.600	CCF24	2.208.625	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981771164

(415)7707212489984(8020) 000001498177116 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 7 3 3 0 4 3	6	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 0 2 0 7 3 3 0 4 3	2 0 0 6 0 6 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SORZA	BALLESTEROS	LENY	VANESSA

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 14 151 67 CA 53

42. Correo electrónico: vanessasorzab@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 2 7 3 0 7 2	3 1 0 4 8 1 2 5 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 3 9 1	2 0 0 9 0 1 0 1	7 4 9 0	2 0 0 9 0 5 1 3	9 0 0 4	9 0 0 1		

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: Vanessa Sorza B

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO