DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

1. DATOS DEL CONTRATO					
Unidad ejecutora	**DANE**	**X**	**FONDANE**		
Contratista	**ZAMILIA HERRON MENA**				
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	**CC 1077420966**				
Objeto	CE_2024_DRA_BDC_TH_TU Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar la verificación, actualización y levantamiento de la información de unidades económicas a nivel de manzana y edificación, reportadas en el Conteo nacional de unidades económicas - CNUE en el área compacta de trabajo y municipio asignado.				
Valor del contrato	**TOTAL…..... $ 4.246.667** **HONORARIOS… ..... $ 3.796.667** **TRANSPORTE URBANO……$450.000**				
Plazo del contrato	El contratista ejecutará el servicio objeto del presente contrato a partir de su puesta en ejecución en la plataforma SECOP II, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, así como los de ejecución y hasta por dos (2) meses y (7) días. sin exceder el 31 de diciembre de 2024.				
Pago número	**3 DE 3 HONORARIOS – 3 DE 3 TRANSPORTE URBANO**				
Valor del pago	**TOTA L.....$ 432.667** **HONORARIOS.....$ 396.667** **TRANSPORTE URBANO……$ 36.000**				
N° Registro Presupuestal	**100824**	**Fecha Registro Presupuestal**	**26/06/2024**		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	N/A				
Modificaciones	N/A				
Fecha de inicio	**16/07/2024**	**Fecha de Terminación****	**22/09/2024**		
Dependencia	Dirección Territorial Noroccidente				
Lugar de ejecución	Quibdó, Chocó				
Supervisor – Cargo	EBER CUESTA LOPEZ – PROFESIONAL UNIVERSITARIO				

**Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
1. Asistir al curso de entrenamiento (virtual/presencial) y dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	Durante el periodo del 16 al 19 de Julio de 2024 asistí al entrenamiento sobre los conceptos temáticos y operativos para llevar a cabo el recuento de las unidades económicas del censoeconómico.	\\192.168.126.3\Operativa_Quibdó\CENU RECUENTO 2024
2. Asistir puntualmente a las reuniones o reinducciones operativas virtuales o presenciales que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de	Asistí a las reuniones presenciales el 24 de julio de 2024, en la sede DANE Quibdó para tratar aspectos metodológicos y técnicos con relación al recuento de las unidades económicas en las distintas áreas operativas.	\\192.168.126.3\Operativa_Quibdó\CENU RECUENTO 2024

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.		
3. Realizar las actividades conforme a los lineamientos dados en el entrenamiento y consignados en las manuales, guías y circulares expedidas por el DANE.	Durante el periodo las actividades conforme a los lineamientos dados en el entrenamiento y circulares expedidas por el DANE y dados en el entrenamiento	N/A
4. Recibir de parte del apoyo logístico los equipos y el material necesario para realizar el Recuento de unidades económicas en el marco del Censo Económico.	Recibí por parte del apoyo logístico, los equiposy el material necesario para realizar el recuento de las unidades económicas en el marco del Censo Económico	\\192.168.126.3\Operativa_Quibdó\CENU RECUENTO 2024
5. Realizar la descarga de las manzanas asignadas y verificar con la cartografía impresas su identificación y ubicación.	Realice la descarga de las manzanas asignadas y verifique con la cartografía impresa su identificación y ubicación.	N/A
6. Realizar un primer recorrido de reconocimiento, ordenado y sistemático, para ubicar con certeza la manzana identificando el tipo y cantidad de unidades económicas.	Realice un primer recorrido de reconocimiento, de manera ordenada y sistemática, ubicando las manzanas asignadas, identificando el tipo y cantidad de unidades económicas.	N/A
7 Realizar la enumeración de unidades económicas en el cuestionario de DMC con el objeto de cubrir todos los establecimientos fijos locales, semifijos empotrados en las aceras, viviendas con actividad económica visible, vendedores de calle y predios vacíos.	Realice la enumeración de las unidades económicas en el cuestionario de DMC cubriendo todos los establecimientos fijos locales, semifijos empotrados en las aceras, viviendas con actividad económica visible, vendedores de calle y predios vacíos de las manzanas siguientes: 494660; 494713; 494722; 494721; 494747; 494754; 595201; 495202; 494753; 494793; 494774; 494802; 495210; 494698; 494704; 494711; 494720; 494723; 495262; 495225; 494273; 012472; 056847; 056848; 494310; 494345; 494329; 494264; 258698; 038889; 255426; 258693; 258692; 038881; 258674; 258686; 494529; 494551;	\\192.168.126.3\Operativa_Quibdó \CENU RECUENTO 2024

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
	494550; 495123; 494543; 056704; 494540; 494398; 494396; 495273; 494404; 494411; 494416; 494429; 495078 495080; 494847;495135; 056815; 495166; 495167; 495168; 495169; 258148; 495092; 258701; 258703 258704; 258705; 258700; 042937; 495186; 495189 494940; 495148; 494952; 056713 038370; 038371; 038372; 038373; 038374; 038475; 038376; 038377; 038378; 494863, 495134, 494826, 494843, 494864, 494879, 494860	
8. Realizar el registro en el cuestionario de DMC las unidades económicas que no haya detectado el Conteo o sean nuevas en la manzana trabajada	Realice registro en el cuestionario del DMC las unidades económicas nuevas en la manzana trabajada que no detecto el conteo.	\\192.168.126.3\Operativa_Quibdó \CENU RECUENTO
9. Durante su recorrido en zonas residenciales, deberá indagar en las administraciones y porterías sobre la existencia de unidades de vivienda con actividad económica visible y reportarlas en el cuestionario de DMC, para que posteriormente los censistas las puedan ubicar fácilmente y realizar la encuesta.	Indague en porterías y administraciones sobre la existencia de unidades de vivienda con actividad económica visible y las reporte en el cuestionario de DMC, para que posteriormente los censistas las puedan ubicar fácilmente y realizar la encuesta.	N/A
10. Informar al Supervisor problemas que encuentre en la realización de su trabajo, especialmente en la identificación y ubicación cartográfica (Coordinación operativo, área operativa, manzanas, direcciones).	Informe al Supervisor problemas que encontré en la realización de mi trabajo, en la identificación y ubicación cartográfica (Coordinación operativo, área operativa, manzanas, direcciones).	N/A
11. Plantear los operativos especiales necesarios para garantizar la cobertura de los establecimientos económicos ubicados en plazas de mercado, grandes superficies o con horarios de funcionamiento particulares (nocturnos, madrugada o fines de semana). .	Sugerí de manera previa, algunos puntos de operativos especiales de los establecimientos económicos horarios nocturnos o madrugadas para garantizar la cobertura.	N/A

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
12. Hacer las correcciones que el supervisor le señale y de ser necesario, volver al terreno	Hice las correcciones que el supervisor me señalo durante el operativo de recuento	N/A
13. Realizar diariamente y sin falta el Backup de la información recolectada en la DMC-Tablet como medida de respaldo y protección de datos, para ser entregada al gestor informático	Transmití diariamente la información recolectada en la DMC, con asesoría del gestor informático.	N/A
14. Generar en las DMC los reportes de recuento (Formato 1 en Excel) de cada manzana trabajada y transmitida para ser entregados al coordinador como insumo de recolección de los censistas.	Trasmití la información recolectada en cada manzana trabajada para la generación de los reportes de recuento y ser entregados al coordinador, como insumo de recolección delos censistas.	N/A
15. Digitar y transmitir diariamente la información recolectada en los formatos a papel que se hayan realizado por factores de seguridad o adversos al operativo	Digité y transmití de manera diaria, la información recolectada en los formatos a papel que se hayan realizado por factores de seguridad o adversos al operativo	N/A
16. Entregar al supervisor de campo los formatos debidamente diligenciados, el material sobrante y capturarlos en el sistema desarrollado para tal fin.	Entregue al supervisor de campo los formatos debidamente diligenciados, el material sobrante y digitalizados en el sistema.	N/A
17. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo	Di buen manejo a los recursos asignados para la ejecución del contrato.	N/A
18 Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por la supervisión del contrato.	Se desarrollaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor de contrato.	N/A
19. Informar a quien corresponda, los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos. En todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de	No se presentaron inconvenientes durante la realización de su trabajo que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	N/A

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual		Final	**X**

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	100 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe)
los productos.		
20. Presentar los informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo con la metodología de cada investigación.	Presente los informes de las actividades correspondientes al primer periodo de ejecución de las actividades y/o obligaciones.	N/A
21. Tener un trato respetuoso con las fuentes, los demás contratistas y servidores de la entidad en la ejecución del contrato.	Tuve un trato justo y respetuoso con las fuentes, con cada uno de los compañeros y demás contratistas de la entidad para llevar a cabo las labores del contrato.	N/A

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL **NOTA: para proveedores adjuntar certificación suscrita por Revisor Fiscal o Representante Legal (según aplique)**		
SALUD	**Periodo reportado** Septiembre	**Planilla No. 1110301831 - 2024/09/11**
PENSIÓN	**Periodo reportado** Septiembre	**Planilla No. 1110301831 - 2024/09/11**
ARL	**Periodo reportado** Septiembre	**Planilla No. 1110301831 - 2024/09/11**

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)	
Valor inicial	**$ 4.246.667**
Valor total (Incluye adiciones)	**$ 4.246.667**
Valor cancelado o pagado	**$ 3.814.000**
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	**$ 0**
Valor por cancelar	**$ 432.667**
Saldo por liberar	**$ 0**

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿Le han reconocido pensión?	**SI ___ NO _X__** **Entidad que la reconoció:**	
¿Pertenece a algún régimen especial?	**SI____ NO__X__**	**¿Cuál?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV)	**SI ___ NO__X__**	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la resolución deberá allegarse como soporte del primer informe y la planilla de pago de Salud y ARL.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				PERIODO DEL INFORME Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual		Final	X

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (Sólo para Persona Natural)

Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos **SI*____ NO**__X__** se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

*** SI:** tomar costos o deducciones o no manifestar, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT de Central de Cuentas o su equivalente en la Dirección territorial) aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda.

**** NO:** tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT de Central de Cuentas o su equivalente en la Dirección territorial) aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

7. ESTADO DE RADICADOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD (Sólo para contratos de servicios profesionales y apoyo a la gestión)

Una vez revisado el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se identificó que **SI____ NO_X__** se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista, para el período del informe.
(En caso de no tener radicados pendientes, no diligenciar)

RADICADO Nº	FECHA	ASUNTO	DEPENDENCIA DE ORIGEN	JUSTIFICACIÓN DE PENDIENTE	FECHA DE VENCIMIENTO

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia.
Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente. **No aplica**

8. ALMACEN (Sólo para el informe final de contratos de servicios profesionales y apoyo a la gestión)

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

9. OBSERVACIONES (Para ser diligenciado por el supervisor, si aplica)

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en mi calidad de contratista/proveedor, declaro que, toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR:

DANE	**INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6465228 DE 2024				**PERIODO DEL INFORME** Desde (16/09/2024 – Hasta (22/09/2024)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual		Final	**X**

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago, serán verificados en la plataforma correspondiente, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

Firma: Zamilia Herrón Mena

ZAMILIA HERRON MENA
Contratista

Firma: Eber Cuesta Lopez

SUPERVISOR DEL CONTRATO EBER CUESTA LOPEZ
Aprobó

CERTIFICAQUE:

El (La) Señor(a) ZAMILIA HERRON MENA identificado(a) con CC 1077420966 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**21/09/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**FUNDACIONPARALASALUD EN COLOMBIA IPS-HUMSALUD-QUIBDO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE,** a los 10 días del mes de Octubre de 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha degeneración.

Observaciones:

ESTACERTIFICACIÓNNO APLICAPARASERVICIOSMÉDICOS.
NO VÁLIDO PARATRASLADO AOTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZAMILIA HERRON MENA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077420966,** se encuentra afiliado/a desde **17/09/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ZAMILIA HERRON MENA** identificado con CC No. 1077420966, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE - NI. 899999027	Fecha de inicio de cobertura: 16/07/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 16/07/2024 Fecha fin de Contrato: 22/09/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.eov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019370052.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14959180704

(415)7707212489984(8020) 000001495918070 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 7 4 2 0 9 6 6	2	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 7 7 4 2 0 9 6 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRON	MENA	ZAMILIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
VARIEDADES KAZAY	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: BRR EL PORVENIR SEC POR EL CENTRO DE SALUD CR 18 31 36

42. Correo electrónico: zamiliaherro@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 4 5 9 3 9 2 6	

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 25 / 14 : 46: 53

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERRON MENA ZAMILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959180704

(415)7707212489984(8020) **000001495918070 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 7 4 2 0 9 6 6	2	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 0 0 1 0 9	
77. No. Matrícula mercantil	2 9 0 5 8 3 3 0 0 1	
78. Departamento	2 7	
79. Ciudad/Municipio	2 9	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

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		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14959180704

(415)7707212489984(8020) **000001495918070 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 7 4 2 0 9 6 6	2	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de libros, periódicos, materiales y artículos de papele 4 7 6 1

162. Nombre del establecimiento: VARIEDADES KAZAY

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

165. Dirección: CR 2 32 36

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077420966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ZAMILIA HERRON MENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	KENNEDY	TELÉFONO:	6708817
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:	1110301831			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	912902348			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 153.533	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.533	$ 0	$ 153.533
SUBTOTALES:										**$ 153.533**	**$ 0**	**$ 153.533**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$119.240	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119.240	$ 0	$ 0	$ 119.240
SUBTOTALES:													**$ 119.240**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 119.240**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.987	$ 4.987	$ 0	$ 0	$ 4.987
SUBTOTALES:									**$ 4.987**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.987**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP													
																													APORTES VOLUNTARIOS		FSP																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINED	TOTAL APORTE
1	CC 1077420966	ZAMILIA HERRON MENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 953.533				NO																	25-14 COLPENSIONES	21	1 $ 953.533	$ 153.533	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 153.533	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 953.533	$ 119.240	$ 0	$ 119.240	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	21	$ 953.533	11103018	$ 4.987		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 277.760**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

El servicio de liquidación SOI certifica que ZAMILIA HERRON MENA, identificado con documento CÉDULA DE CIUDADANÍA 1077420966, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077420966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ZAMILIA HERRON MENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	KENNEDY	TELÉFONO:	67777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
SEPTIEMBRE 2024-SEPTIEMBRE 2024	1110301831	20204/09/11	I-INDEPENDIENTES	$ 277.760
AGOSTO 2024-AGOSTO 2024	1110268621	20204/08/11	I-INDEPENDIENTES	$ 377.300
JULIO 2024-JULIO 2024	1110301742	20204/08/11	I-INDEPENDIENTES	$ 192.400

Planilla Pagada

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

(•) Porcentaje ( ) Recepción de artículos

	Referencia	Fecha prevista de entrega	% ejecución prevista	Fecha real de entrega	% ejecución real	Estado
•	Primer pago	27/08/2024 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	44,90	-		Pendiente

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ( ) Sí (•) No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
Pago 001	001	23/08/2024 4:35:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	1.700.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal
Pago 002	Periodo del 16 de agosto al 15 de septiembre	13/09/2024 2:01:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	12/09/2024 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1.700.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal

Documentos de ejecución del contrato

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	RP_100824.pdf	RP_100824.pdf	Comprador	Descargar
☐	ARL ZAMILIA HERRON MENA (1).pdf	ARL ZAMILIA HERRON MENA (1).pdf	Comprador	Descargar
☐	FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD ZAMILIA HERRON MENA.pdf	FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD ZAMILIA HERRON MENA.pdf	Comprador	Descargar
☐	AUTORIZACION RECOLECCION DE DATOS ZAMILIA HERRIN MENA .pdf	AUTORIZACION RECOLECCION DE DATOS ZAMILIA HERRIN MENA .pdf	Comprador	Descargar
☐	INFORME DE ACTIVIDADES PAGO 1 DE 3 CTO 6465228 ZAMILIA HERRON M..pdf	INFORME DE ACTIVIDADES PAGO 1 DE 3 CTO 6465228 ZAMILIA HERRON M..pdf	Proveedor	Descargar

Borrar | Carga

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est