

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	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	Lery Vanessa Sorza Ballesteros		NIT/ CC No.	1020733043	
CORREO ELECTRÓNICO	vanessasorza@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	329 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	330 días	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales al Grupo de Comunicaciones, apoyando la elaboración, producción y divulgación de contenidos informativos, audiovisuales y periodísticos, así como el apoyo en el cubrimiento de actividades institucionales de comunicaciones internas y externas del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-26	FECHA DE INICIO	2026-01-27	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-26

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 60.742.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 60.742.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 55.220.000	VALOR PAGADO	5.522.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 1
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	27 de enero al 26 febrero del 2026
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	473170021066

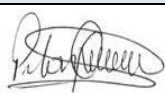
2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					
3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES					
En mi calidad 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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	27934538 / 48772690			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2026 - 1	19/01/26	\$218.900	SANITAS
PENSIÓN	2026 - 1	19/01/26	\$280.200	PROTECCIÓN
ARL	2026 - 1	19/01/26	\$18.300	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
SALUD	2026 - 2	9/02/26	\$276.100	SANITAS
PENSIÓN	2026 - 2	9/02/26	\$353.500	PROTECCIÓN
ARL	2026 - 2	9/02/26	\$23.100	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)				
☐ En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 Interventoría 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
	2026	3	1

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

ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA	Consecutivo:
ASESORA DE LA DIRECCIÓN GENERAL CON ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE COORDINACIÓN DEL GRUPO DE COMUNICACIONES SUPERVISOR CONTRATO 822 DE 2024	

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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		CALLE 151 #13A - 50 APTO 1707	6663636	vane2819@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2026-01	2026-01	I	19/01/2026	27934538	\$552.500

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	35.100	0
						0	0
						35.100	
							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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.500	552.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		CALLE 151 #13A - 50 APTO 1707	6663636	vane2819@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	19/01/2026	27934538	10
					TOTAL A PAGAR
					\$552.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020733043	SORZA BALLESTEROS LENY VANESSA	59	0		N																		230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	2	18.300	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		CALLE 151 #13A - 50 APTO 1707	6663636	
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	
2026-02	2026-02	I	09/02/2026	48772690	\$696.900	

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	353.500	0	0	0	0	0	0		353.500	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	23.100				23.100	0	0	23.100			231	23.100	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	353.500	353.500
Riesgos Laborales	1	23.100	23.100
CCF	1	44.200	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	696.900	696.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020733043	LENY VANESSA SORZA BALLESTEROS		CALLE 151 #13A - 50 APTO 1707	6663636	vane2819@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-02	2026-02	I	09/02/2026	48772690	\$696.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1020733043	SORZA BALLESTEROS LENY VANESSA	59	0		N																		230201	2.208.800	353.500	0	0		0	0	EPS005	2.208.800	276.100	14-23	2.208.800	2	23.100	CCF24	2.208.800	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

	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	329 de 2026		
CONTRATISTA:	Leny Vanessa Sorza Ballesteros	NIT / C.C No. :	1020733043
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales al Grupo de Comunicaciones, apoyando la elaboración, producción y divulgación de contenidos informativos, audiovisuales y periodísticos, así como el apoyo en el cubrimiento de actividades institucionales de comunicaciones internas y externas del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$60.742.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026/01/26	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	330 días
FECHA DE INICIO:	2026/01/27	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026/12/26
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026/01/27	HASTA:	2026/02/26
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	Comunicaciones
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar al Grupo de Comunicaciones en el desarrollo de flujos de información tanto interna, como externa a través de la elaboración, creación, difusión y seguimiento de las piezas comunicacionales informativas, audiovisuales y gráficas para la divulgación de contenidos sobre la gestión del INVIMA y los posibles riesgos inherentes a la utilización y consumo de los productos sujetos a inspección, vigilancia y control por parte del Instituto.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de nota informativa: "Nuestra entidad fortalece su talento joven con las pasantías 2026 (Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías)". - Elaboración de nota interna: Café Meet con la Dirección de Alimentos. - Elaboración de nota interna: Día de la Protección de Datos Personales. - Redacción y difusión de pieza informativa: Media Jornada Lúdica. - Redacción y difusión de pieza conmemorativa: Día del Periodista. - Redacción y difusión de pieza informativa: Pagos correspondientes a reintegros de transporte 2025. - Elaboración de nota institucional para fortalecer comprensión interna: Más articulación y claridad institucional en la Dirección de Medicamentos. - Difusión y acompañamiento comunicacional: Solicitud de piezas de efemérides – marzo. 	Obligación 1

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Redacción y difusión de pieza institucional: Cumpleaños Invima / 31 años Invima. - Redacción y difusión de pieza para socialización: Políticas institucionales. - Elaboración de nota informativa: Provisión de planta (cifra más alta de las últimas vigencias). - Elaboración de nota informativa: Capacitación sobre la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE). - Elaboración de nota interna: Novedades recientes sobre la gestión en materia de transporte. 	
2	Crear de piezas audiovisuales, dirigidas a los grupos de valor a través de los diferentes canales (Página Web, Intranet, correos masivos, redes sociales, entre otros) de los asuntos de interés del instituto, articulado con las otras áreas misionales y de acuerdo a los lineamientos del supervisor del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> - Producción y publicación de pieza audiovisual tipo reel: Agradecimiento por donaciones para contingencia Córdoba (articulación con Cruz Roja). 	Obligación 2
3	Desarrollar las etapas de pre-producción y postproducción de contenidos audiovisuales y fotográficos institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Producción, redacción libreto para la pieza audiovisual tipo reel: Agradecimiento por donaciones para contingencia Córdoba (articulación con Cruz Roja). 	Obligación 3
4	Apoyar la planeación, creación, realización y difusión de los eventos internos y externos tales como: congresos, reuniones técnicas, cierres de gestión, rendición de cuentas, entre otros,,	<ul style="list-style-type: none"> - Planeación y difusión comunicacional del espacio Café Meet con la Dirección de Alimentos (convocatoria y pieza/nota de apoyo). - Apoyo a la difusión de actividad interna: Media Jornada Lúdica. - Apoyo a la difusión de actividad interna: Torneo interno de fútbol 5 – femenino (actualización de pieza). 	Obligación 4

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

	resguardando la adecuación de los estándares de calidad gráfica y técnica requerida.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y redacción de plantilla editable para difusión del eje de convivencia (formato Café Meet). 	
5	Brindar apoyo como medio de articulación interna y externa con las diferentes áreas del Instituto, para la creación y desarrollo de estrategias que permita una comunicación oportuna y efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento a área misional para comunicar avances institucionales: Socialización de soluciones para mejorar transporte y desplazamiento. - Articulación con Dirección/áreas para fortalecer claridad institucional: Más articulación y claridad institucional (Dirección de Medicamentos). - Articulación para socialización institucional: Procedimiento de Comisiones y Autorizaciones de Viaje. - Articulación para comunicación directiva: Socialización de carta del Director (avances en pagos, transporte y mejoras de sedes). - Acompañamiento permanente a áreas para difusión estratégica de proyectos y comunicaciones (redacción general). 	Obligación 5
6	Crear de boletines de prensa desde la elaboración, desarrollo y conceptualización, planificación, difusión en medios sean institucionales o externos de acuerdo con los lineamientos y estándares requeridos por el supervisor del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> - No se requirió actividades por parte del supervisor. 	No se requirió actividades por parte del supervisor.
7	Apoyar la elaboración y difusión de contenidos relacionados con campañas de educación sanitaria y alertas sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - No se requirió actividades por parte del supervisor. 	No se requirió actividades por parte del supervisor.
8	Apoyar la divulgación y apropiación de	<ul style="list-style-type: none"> - Publicar y difundir contenidos institucionales a través de Viva 	

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

	herramientas tecnológicas institucionales.	<p>Engage para fortalecer la circulación oportuna de información interna y la apropiación de los canales digitales del Invima.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publicar y difundir piezas y notas informativas en la Intranet institucional, garantizando el acceso centralizado a información de interés general. - Gestionar y asegurar la correcta difusión de piezas comunicacionales (convocatorias, socializaciones, campañas internas y notas) mediante Viva Engage e Intranet, conforme a lineamientos del Grupo de Comunicaciones. 	<p>Perfil comunicaciones Viva Engage</p> <p>InnVimanet</p>
9	Apoyar en la articulación de las actividades con las diferentes Direcciones y Grupos Internos de Trabajo, conforme a las instrucciones impartidas por la supervisión.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y articulación con dependencias para requerimientos de diseño/producción comunicativa. - Solicitud de pieza comunicativa 001 – Oferta de Capacitaciones Mensuales. - Solicitud de pieza comunicativa 002 – Plan Institucional de Capacitaciones 2026. - Solicitud de pieza comunicativa 003 – Capacitación de Funciones Reguladoras. - Solicitud de diseño de plantilla editable – Eje de Convivencia (Café Meet). - Solicitud de piezas de efemérides – marzo. - Solicitud de pieza: Solidaridad por nuestro guarda Dairo José (Montería). 	Obligación 9
10	Asistir a las reuniones periódicas de grupo citadas por el supervisor del contrato en aras del cumplimiento de los objetivos del grupo de Comunicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a reuniones de seguimiento convocadas por la supervisión para priorización, coordinación y control de entregables del Grupo de Comunicaciones 	Obligación 10
11	Las demás asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo al objeto contractual	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización y difusión de piezas institucionales: Código de Integridad (actualizaciones y socialización). 	

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Diseño y difusión de pieza de cultura/gestión ambiental: Resultados de consumos de papel, agua y energía. - Redacción de mensaje para campaña ambiental: ¡EcoActúa! Cierre de grifo y ahorro de agua (12 litros/min). - Diseño y difusión de pieza conmemorativa: Día Nacional del Reciclador y del Reciclaje. - Elaboración de infografía: Resultados de evaluación de capacitaciones 2025. - Diseño y difusión de pieza de bienestar: Ofrecimiento de apoyo psicosocial. - Diseño y difusión de pieza institucional: Convocatoria Brigada de Emergencias 2026. 	Obligación 10
--	--	---	-------------------------------

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.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
.....			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 2026.

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	\$5.522.000	\$1.750.905	30	\$517.400	27934538	Mi planilla
2	\$5.522.000	\$2.208.800	30	\$652.700	48772690	Mi planilla

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$60'742.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$5'522.000
Saldo del contrato	\$55'220.000

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
1	X	

Atentamente,



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

Recibí a satisfacción:



Rocío del Pilar Guevara Veloza
Asesora de la Dirección General con asignación de funciones de Coordinación del Grupo de Comunicaciones
Supervisora contrato 329 de 2026

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES AÑO 2026

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: 1020733043

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.

* \$199.196.000 con UVT (\$49,799) año 2025 SI (☒) NO (☐)
* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 SI (☒) NO (☐)

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 (☐) 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	Teveandina SAS	23/01/2026	23/08/2026	\$29'260.000	\$4'180.000
2					
3					
				-	-

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

4. Aportes voluntarios a pensión SI (☐) NO (☒): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

5. Aporte cuenta AFC SI (☐) NO (☒): 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 (☒);

Favor indicar la tarifa ()%

Si en numeral 6 marco **SI** 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 2025, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2025, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2026. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2025

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 S.	4	hija	Registro civil	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 (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicionales por salud SI () 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 (☒) 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.

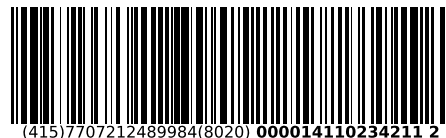
La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de febrero del 2026

Firma: Vanessa Sorza B
Nombres y Apellidos: Lery Vanessa Sorza Ballesteros
C.C. 1020733043

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141102342112



(415)7707212489984(8020) 0000141102342112

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 0 7 3 3 0 4 3

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 0 7 3 3 0 4 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SORZA

32. Segundo apellido

BALLESTEROS

33. Primer nombre

LENY

34. Otros nombres

VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

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

6 2 7 3 0 7 2

45. Teléfono 2

3 1 0 4 8 1 2 5 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

6 3 9 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 0 5 1 3

Otras actividades

50. Código

1 2

9 0 0 4 9 0 0 1

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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

X

60. No. de Folios:

0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

23/02/2026

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