	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
Invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**	
	Código: GAD-ABS-FM009 Versión: 03	Fecha de emisión: 03/07/2020

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	ALBERTO ENRIQUE FERNANDEZ MORRIS	NIT/ CC No.	7458833-0
CORREO ELECTRÓNICO	afernandezm@invima.gov.co	TELÉFONO	3152966488
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	No. 500 de 2021	TERMINO DE EJECUCIÓN	17/12/2021
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INVIMA PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS, EN LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL PUERTO DE CARTAGENA.		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	27/04/2021	FECHA DE INCIO	27/04/2021
FECHA DE TERMINACIÓN	17/12/2021		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 28.490.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	$ 24.790.000	VALOR A PAGAR	$ 3.700.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 21.090.000	VALOR PAGADO	7.400.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(27 de Mayo al 26 de junio del 2021)
BANCO	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	TIPO DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS	No DE CUENTA	01-166-00-11974-9

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

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	NO	
Pago Parafiscales	NO	Ingreso a Almacén	NO	
SGSSI	SI	Documentos a cargo	NO	
Carné	NO	Otros. Cuales?	NO	

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

NÚMERO DE PLANILLA		9421280722		
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2021-06	22/06/2021	$ 185.000	FOSYGA REGIMEN DE EXCEPCIÓN
PENSIÓN				
ARL	2021-06	22/06/2021	$ 7.800	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGURO

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 EJECUCION CONTRACTUAL: SEGUNDO PAGO. VERIFICACION Y GENERACION DE 148 LISTAS DE CHEQUEO DEL 27 DE MAYO AL 26 DE JUNIO 2021.

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 periodo 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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	DD	MM	AA
	26	6	2021

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
Consecutivo:	

GLORIA CONSTANZA ENCISO BOHORQUEZ

Dirección de operaciones sanitarias. Grupo de Control en puertos, aeropuertos y pasos de Frontera, Bogotá, Colobia.

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 Interventoria y Supervisión GAD-ABS-MN002.

20

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14732244589

(415)7707212489984(8020) 000001473224458 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 4 5 8 8 3 3	0	Impuestos de Barranquilla 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	7 4 5 8 8 3 3	1 9 7 2 0 6 1 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FERNANDEZ	MORRIS	ALBERTO	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Palmar de Varela 5 2 0

41. Dirección principal: CL 14 3 122

42. Correo electrónico: albertofernandezmorris@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 6 5 7 6 8 9 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 2 0	2 0 2 1 0 1 2 1	7 0 2 0	2 0 1 9 0 8 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
5	4 9																								

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 21 / 15 : 02: 10

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre FERNANDEZ MORRIS ALBERTO ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-01-2021 08:56:06AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7458833		FERNANDEZ MORRIS ALBERTO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL4 N 10 -98	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8791906	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	25263374	9421280722	I	2021/07/09	2021/06/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$192,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						$0	$0			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0
1	CC	7458833	FERNANDEZ ALBERTO		0	$0	$0	MIN002	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,000	$7,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0

2021/06/22 01:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7458833		FERNANDEZ MORRIS ALBERTO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL4 N 10 -98	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8791906	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	25263374	9421280722	I	2021/07/09	2021/06/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$192,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$0	$0	$185,000
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$185,000	$0	$0	$185,000
TOTAL				**1**	**$192,800**	**$0**	**$0**	**$192,800**

4.-

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

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

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (X)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($124.625.000 con UVT año 2020 ($35.607) ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36,308))). SI (X) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA X

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
SUSANITA FERNANDEZ P.	12	HIJA	1.048.404.585

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 por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No. 02157 (Adjunto copia). SI ( ) NO (X)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.630.800) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. 016600 11974-9 Banco AGRARIO, consigno la suma de $_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____, la suma de $_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de $_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (X) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

13. Autorizo aplicar un tarifa superior de retención en la fuente a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X)

Atentamente,

Firma:
Nombres y Apellidos ALBERTO E. FERNANDEZ MORRIS
C.C. 7.458.833 de BARRANQUILLA