	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**	**$ 6.290.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.700.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 2.590.000**	**VALOR PAGADO**	**25.900.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 7)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(27 de Octubre al 26 de Noviembre 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

(Indicar las adiciones, prorrogas, modificaciones, suspensiones, etc. que haya tenido el contrato, también podrá indicar lugar de ejecución y área de invima donde cumplió los fines)

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		**9427334843**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2021-11**	**23/11/2021**	**$ 185.000**	**FOSYGA REGIMEN DE EXCEPCIÓN**
PENSIÓN				
ARL	**2021-11**	**23/11/2021**	**$ 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 DEL CONTRATO. SEPTIMO (7) PAGO. VERIFICACION Y GENERACION DE 136 LISTAS DE CHEQUEO DEL 27 DE OCTUBRE AL 26 DE NOVIEMBRE 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	11	2021

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado:
GLORIA CONSTANZA ENCISO BOHORQUEZ **Dirección de operaciones sanitarias. Grupo de Control en puertos, aeropuertos y pasos de Frontera, Bogotá, Colobia.**	**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 interventoria y Supervisión GAD-ABS-MN002.

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
2021-11	2021-11	38500988	9427334843	I	2021/12/09	2021/11/23	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	MN002	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

2021/11/23 09:37 AM

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
2021-11	2021-11	38500988	9427334843	I	2021/12/09	2021/11/23	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

2021/11/23 09:37 AM

4

20

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 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 iliquida 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
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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

Documento generado en la página web de la DIAN

5.-

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