| invima | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS |
|---|---|---|
| | **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** | **HUMBERTO JAVIER VARGAS PEÑARANDA** | **NIT/ CC No.** | 72198525 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | hvargasp@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3002456108 |
| **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** | 514 DE 2021 | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | 17/12/2021 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR LEGALMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, RESPECTO DE LOS TEMAS JURÍDICOS RELACIONADOS CON LAS ACTUACIONES A CARGO DE LA DIRECCIÓN. | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 6/05/2021 | **FECHA DE INCIO** | 6/05/2021 | **FECHA DE TERMINACIÓN** | (17/12/21) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 37.000.000 | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | $ 27.000.000 | **VALOR A PAGAR** | $ 5.000.000 |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | $ 22.000.000 | **VALOR PAGADO** | 15.000.000 | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | PAGO 3 |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | N/A | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | 06 de julio al 05 de agosto de 2021 |
| **BANCO** | Bancolombia | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | 24887996667 |

**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** | N/A | | **Ingreso a Almacén** | N/A |
| **SGSSI** | SI | | **Documentos a cargo** | |
| **Carné** | N/A | | **Otros. Cuales?** | |

Indique las observaciones respectivas

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | | 9423894245 | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **JULIO** | **26 DE AGOSTO DE 2021** | **$ 250.000** | **SURA** |
| **PENSIÓN** | **JULIO** | **26 DE AGOSTO DE 2021** | **$ 320.000,00** | **PROTECCIÓN** |
| **ARL** | **JULIO** | **26 DE AGOSTO DE 2021** | **$ 10.500** | **COLMENA** |

*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**

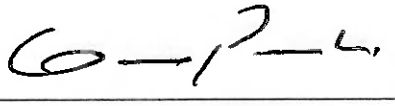
*(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)*

**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 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 | 8 | 2021 |



**GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO**

**DIRECTOR DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS.**

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

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-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 72198525 | | VARGAS PEÑARANDA HUMBERTO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 82 59 56 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3329691 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1107038639 | 9423894245 | I | 2021/08/06 | 2021/08/26 | BANCOLOMBIA | 20 | $580,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 72198525 | VARGAS HUMBERTO | 230201 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS010 | 30 | $2,000,000 | $250,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 30 | $2,000,000 | $10,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |

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 72198525 | | VARGAS PEÑARANDA HUMBERTO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 82 59 56 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3329691 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1107038639 | 9423894245 | I | 2021/08/06 | 2021/08/26 | BANCOLOMBIA | 20 | $580,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $580,500 | $0 | $0 | $580,500 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740860279

(415)7707212489984(8020) 000001474086027 9

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| VARGAS | PEÑARANDA | HUMBERTO | JAVIER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 87 77 C 95 TO 7 AP 524

42. Correo electrónico: hjvargasp@hotmail.com

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

## 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 |
| 6 9 1 0 | 2 0 0 6 0 8 1 1 | | | | | | 2 4 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 02 - 12 / 13 : 14: 55

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 VARGAS PEÑARANDA HUMBERTO JAVIER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**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 ( ) NO ( x )

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 |
|---|---|---|---|
| Miguel Ángel Vargas Pérez | 17 | hijo | 1002161484 |
| | | | |

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._____(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._____Banco_____, 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)

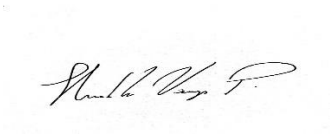
11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (x ) NO ( )

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 Humberto Javier Vargas Peñaranda
C.C.72198525 de Barranquilla