invima	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	C	
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

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	**193 DE 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**16/12/2022**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES JURIDICOS PARA APOYAR LEGALMENTE EN LA GESTIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y METAS ESTABLECIDAS RESPECTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTUACIONES A CARGO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-17**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-17**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 57.200.000	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 57.200.000	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.200.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 52.000.000**	**VALOR PAGADO**	**5.200.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(17 de enero al 16 de febrero del 2022)**
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		**9431169703**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ENERO**	**2022-02-21**	**$ 188.000**	**SURA**
PENSIÓN	**ENERO**	**2022-02-21**	**$ 240.700**	**PROTECCION**
ARL	**ENERO**	**2022-02-21**	**$ 7.900**	**POSITIVA**

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 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 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-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2022	3	1

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado:
GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO **DIRECTOR DE MEDICAMENTOS YPRODUCTOS BIOLOGICOS**	**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-GCT-MN2.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-ABS-FM027	Versión: 01	Fecha de emisión: 10/06/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	(No.193-2022)			
CONTRATISTA:	Humberto Javier Vargas Peñaranda		**NIT / C.C No. :**	72198525
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES JURÍDICOS PARA APOYAR LEGALMENTE EN LA GESTIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y METAS ESTABLECIDAS RESPECTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTUACIONES A CARGO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 57.200.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	17-01-2022		**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	16-12-2022
FECHA DE INICIO:	17-01-2022		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	16-12-2022
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	17-01-2022	**HASTA:**	16-02-2022
PAGO NÚMERO:	1		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar juridicamente la revisión y proyección de conceptos, respuestas a las peticiones recibidas por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en el marco de sus competencias.	Revisión de 17 Respuestas, peticiones y tutelas, previa firma y asignadas por el director de medicamentos.	
3	Revisar y conceptualizar sobre las respuestas de peticiones, quejas, reclamos y demás peticiones que requieran asesoría legal por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Revisión de 17 Respuestas, peticiones y tutelas, previa firma y asignadas por el director de medicamentos	
4	Brindar apoyo jurídico a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en las actividades de articulación con los Grupos de Trabajos Territorial respecto de los temas y productos vigilados por la dependencia.	N/A	

5	Prestar apoyo en las demás actividades de orden jurídico que tengan relación con el objeto contractual y sean acordadas con el supervisor del contrato.	Apoyar a la DMPB en estrategia para responder al ataque cibernético en cuanto a respuestas a usuarios, búsqueda de archivos e inicio de actividades de forma manual.	
6	Apoyar en la implementación y uso de las plataformas de información y demás que establezca la entidad en sus procesos de transformación digital.	Gestión y revisión base de datos entregadas por la OTI, para la factibilidad de gestión y tramites.	

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

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 2022.

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	5.200.000	1.504.000	30	$436.600	9431169703	Aportes en línea.

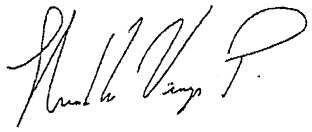
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 57.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.200.000
Saldo del contrato	$ 52.000.000

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,



Firma
HUMBERTO JAVIER VARGAS PEÑARANDA
Contratista
C.C. No. 72.198.525

Recibí a satisfacción:



Firma
GUILLERMO JOSE PEREZ
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 193 de 2022

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. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). 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 ANGEL VARGAS PEREZ	18	HIJO	1,002,161,484

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._____N/A_____ (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 ($3.800.400) 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)

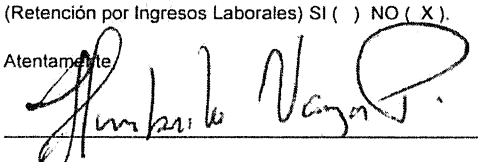
11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (X) NO ( )

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 me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior 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

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
2022-01	2022-01	1335948497	9431169703	I	2022/02/07	2022/02/21	BANCOLOMBIA	14	$436,600

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)					$1,504,000	$240,700			$1,504,000	$188,000			$0	$0			$1,504,000	$7,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,504,000	$240,700			$1,504,000	$188,000			$0	$0			$1,504,000	$7,900		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,504,000	$240,700			$1,504,000	$188,000			$0	$0			$1,504,000	$7,900		$0	$0
1	CC 72198525	VARGAS HUMBERTO	230201	30	$1,504,000	$240,700	EPS010	30	$1,504,000	$188,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,504,000	$7,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,504,000	$240,700			$1,504,000	$188,000			$0	$0			$1,504,000	$7,900		$0	$0

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
2022-01	2022-01	1335948497	9431169703	I	2022/02/07	2022/02/21	BANCOLOMBIA	14	$436,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,700	$0	$0	$240,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$240,700	$0	$0	$240,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,900	$0	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$188,000	$0	$0	$188,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$188,000	$0	$0	$188,000
TOTAL				1	$436,600	$0	$0	$436,600

2022/02/21 02:14 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14802672693

(415)7707212489984(8020) 000001480267269 3

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	

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
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 - 12 - 22 / 11 : 47: 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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO