

	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	611 de 2022		
CONTRATISTA:	Jesús Mario Camargo Arrieta	NIT / C.C No. :	80197115
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS, PLANES DE GESTIÓN DE RIESGO E INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, FITOTERAPÉUTICOS, SUPLEMENTOS DIETARIOS, HOMEOPÁTICOS Y EMITIR CONCEPTO MEDICO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE POS COMERCIALIZACIÓN ASOCIADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS — INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	CUARENTA Y NUEVE "IONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE (\$49.944.009).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2022/01/28	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300 días
FECHA DE INICIO:	2022/01/28	FECHA DE TERMINACIÓN:	2022/11/27
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2022/01/28	HASTA:	2022/02/27
PAGO NÚMERO:	01	DEPENDENCIA:	Grupo Farmacovigilancia
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Analizar y realizar las actividades técnicas de vigilancia epidemiológica de los productos asociados a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	<ul style="list-style-type: none"> Base para EAPV graves Base de EAPV menores de edad 	T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\COVID-19\Bases
2	Revisar, analizar y estudiar la documentación asociada con los reportes de eventos adversos, alertas sanitarias nacionales e internacionales, señales e información de seguridad de medicamentos, productos Fitoterapéuticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines.	<p>Recibir capacitación e inducción sobre los procesos y líneas de trabajo de farmacovigilancia</p> <p>31/01/2022 – 04/02/2022</p>	Aplicación Teams y correo electrónico
3	Elaborar y/o revisar alertas sanitarias e informes de seguridad y proyectar la comunicación respectiva a los usuarios internos y externos.	<p>Revisión de instructivo de gestión de alertas e informes de seguridad de farmacovigilancia y empalme con profesional par del proceso de alertas sanitarias</p> <p>09/02/2022</p>	Aplicación Teams y correo electrónico

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

4	Evaluar y/o revisar los Planes de Gestión del Riesgo asignados y emitir concepto cuando se requiera.	Reunión de planeación del proceso de PGR-PSUR	Aplicación Teams y correo electrónico
5	Realizar la búsqueda de información técnico científico dentro de los procesos de Farmacovigilancia y emitir conceptos o informes que se requieran.	<p>APV DG</p> <p>Informe de EAPV covid-19 en menores.</p> <p>Corte 9 de febrero 2022 Corte 23 de febrero 2022</p> <p>Informe de EAPV covid-19 según agencias de referencia.</p>	<p>T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\COVID-19\Informes\Informe semanal</p> <p>correo electrónico</p>
6	Apoyar en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto con relación a los trámites asociados a Farmacovigilancia y procesos de pos-comercialización, aportando los soportes correspondientes.		
7	Participar en la actualización de bases de datos, aplicativos y archivo conforme a los procedimientos establecidos para el proceso de Farmacovigilancia.	Revisión de base de EAPV en menores y selección de casos de interés.	T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\COVID-19\Bases
8	Participar en la estructuración e implementación de los procedimientos, documentos y normas técnicas de las actividades de Farmacovigilancia para la mejora en la prestación de los servicios de la dependencia.	<p>Reunión de planeación para la elaboración de la guía de cambio de cepa vacunas influenza por parte del grupo de PSUR</p> <p>25/02/2022</p>	Aplicación Teams y correo electrónico
9	Asistir a las diferentes reuniones internas o externas asociadas al proceso de Farmacovigilancia, en las que sea designado por la dependencia.	Gestión de la información EAPV - INVIMA VigiFlow	Aplicación Teams y correo electrónico

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

		ASUE y eventos de interés	
--	--	---------------------------	--

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.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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)
01	\$ 4.994.400	\$ 1.674.327	30	\$ 518.000	56408925	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 49.944.009
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 4.994.400
Saldo del contrato	\$ 44.999.609

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

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

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
01	X	

Atentamente,

Jesús Mario Camargo Arrieta

JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA

Contratista

C.C. No. 80.197.115

Recibí a satisfacción:

Judith del Carmen Mestre Arellano

JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO

Asesor de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinadora del Grupo de Farmacovigilancia

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

INVIMA

Supervisor(a) Contrato 611 de 2022

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
	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	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA		NT/ CC No.	80197115	
CORREO ELECTRÓNICO	jotamario.83@gmail.com		TELÉFONO	3158371661	
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	611 de 2022		TERMINO DE EJECUCIÓN	300 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA MONITORIZAR LAS CONDICIONES SANITARIAS DURANTE EL PROCESO DE POSCOMERCIALIZACION DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE LA VIGILANCIA DEL INSTITUTO, DESDE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS V PRODUCTOS BIOLOGICO.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	28/01/2022	FECHA DE INCIO	28/01/2022	FECHA DE TERMINACIÓN	27/11/2022

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 49.944.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 49.944.000	VALOR A PAGAR	\$ 4.994.400
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 44.949.600	VALOR PAGADO	4.994.400	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(28 de Enero al 27 de Febrero del 2022)
BANCO	Davivienda	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	7500828186

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	NO		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
Indique las observaciones respectivas					

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	56408925			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	ENERO	1/02/2022	209.300	Compensar
PENSIÓN	ENERO	1/02/2022	267.900	Colfondos
ARL	ENERO	1/02/2022	40.800	Seguros Bolívar

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
	2022	3	16
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
Nombre			
Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO Asesora de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia y Productos Biológicos		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.

Bogotá D.C., 27 de febrero de 2022

Doctora:

JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO
Asesor de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinadora del Grupo de Farmacovigilancia.
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
E.S.D.

Cordial saludo Dra. Judith;

Por medio del presente pongo en su conocimiento el Informe de las actividades y/o obligaciones desarrolladas y ejecutadas por el suscrito durante la **primera** mensualidad **(Periodo del 28 de enero al 27 de febrero de 2022)**, conforme a lo previsto en el contrato de prestación de servicios N° 611 de 2022, como profesional especializado, según el Plan de Ejecución de las actividades contractuales correspondientes a la mensualidad certificada descrita así:

ACTIVIDAD	TIEMPO (MIN)	FECHA	EVIDENCIA
Analizar y realizar las actividades técnicas de vigilancia epidemiológica de los productos asociados a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	2.880 2.880	Desde 10/02/2022 hasta 27/02/2022	<ul style="list-style-type: none">• Base para EAPV graves• Base de EAPV menores de edad T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\COVID-19\Bases
Revisar, analizar y estudiar la documentación asociada con los reportes de eventos adversos, alertas sanitarias nacionales e internacionales, señales e información de seguridad de medicamentos, productos Fitoterapéuticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines.	600	Desde 31/01/2022 hasta 04/02/2022	Recibir capacitación e inducción sobre los procesos y líneas de trabajo de farmacovigilancia Aplicación Teams y correo electrónico
Elaborar y/o revisar alertas sanitarias e informes de seguridad y proyectar la comunicación respectiva a los usuarios internos y externos.	120	09/02/2022	Revisión de instructivo de gestión de alertas e informes de seguridad de farmacovigilancia y empalme con profesional par del proceso de alertas sanitarias Aplicación Teams y correo electrónico
Evaluar y/o revisar los Planes de Gestión del Riesgo asignados y emitir concepto cuando se requiera.	60	15/02/2022	Reunión de planeación del proceso de PGR-PSUR Aplicación Teams y correo electrónico
Realizar la búsqueda de información técnico científico dentro de los procesos de Farmacovigilancia y emitir conceptos o informes que se requieran.	240 360	14/02/2022 25/02/2022 23/02/2022 25/02/2022	Informe de EAPV covid-19 en menores. Corte 9 de febrero 2022 Corte 23 de febrero 2022 Informe de EAPV covid-19 según agencias de referencia. T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\COVID-19\Informes\Informe semanal Correo electrónico
Apoyar en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto con relación a los trámites asociados a Farmacovigilancia y procesos de pos-comercialización, aportando los soportes correspondientes.			
Participar en la actualización de bases de	60	23/02/2022	Revisión de base de EAPV en

datos, aplicativos y archivo conforme a los procedimientos establecidos para el proceso de Farmacovigilancia.			menores y selección de casos de interés. T:\G_FARMACOVIGILANCIA\ESAVI\C OVID-19\Bases
Participar en la estructuración e implementación de los procedimientos, documentos y normas técnicas de las actividades de Farmacovigilancia para la mejora en la prestación de los servicios de la dependencia.	60	25/02/2022	Reunión de planeación para la elaboración de la guía de cambio de cepa vacunas influenza por parte del grupo de PSUR Aplicación Teams y correo electrónico.
Asistir a las diferentes reuniones internas o externas asociadas al proceso de Farmacovigilancia, en las que sea designado por la dependencia.	60	24/02/2022	Gestión de la información EAPV - INVIMA VigiFlow

Total ejecutado

7.320

122

Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios N° 611 de 2022.

Atentamente:

Jesús Mario Camargo Arrieta

JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA

C.C. 80.197.115

Celular: 3158371661

Contratista.

Recibí a satisfacción:



JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO

Asesor de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinadora del Grupo de Farmacovigilancia.

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.

INVIMA

Supervisor(a) Contrato 611 de 2022

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

28 de febrero 2022

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 no tengo personas que dependen económicamente de mí.

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 Artículo 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 \$ _____,

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 aporte Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	\$1.674.327	Aporte de Salud	\$209.300
Base (IBC) de Pensión	\$1.674.327	Aporte de Pensión	\$267.900
Base (IBC) de ARL	\$1.674.327	Aporte de ARL	\$40.800

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retención 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,

Jesús Mario Camargo Arrieta

Firma:

Nombres y Apellidos Jesús Mario Camargo Arrieta

C.C. 80197115

de Bogotá D.C.



La salud
es de todos

Minsalud

3400-0601-22

Bogotá D.C., 27 de febrero de 2022

Doctora:

JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO

**Asesora de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia y Productos Biológicos
E.S.D**

REF: Certificación de cumplimiento del Contrato Prestación de Servicio N° 611 - 2022

Cordial saludo;

Yo JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO, con cédula de ciudadanía No. 45.504.643, en calidad de Asesora de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia y Productos Biológicos, conforme a lo establecido en la (s) cláusula (s) del Contrato de Prestación de Servicio N° 611- 2022, y teniendo en cuenta que el contratista JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.197.115, entregó Informe de Ejecución de las actividades contractuales (soporte anexo a la presente certificación) con los siguientes resultados:

1. Cumplió con todas las obligaciones pactadas, en un cumplimiento de un porcentaje del 100%, en calidad, cantidad y oportunidad sobre las actividades asignadas en el periodo acorde con el objeto del contrato.
2. Presento y ejecuto su Plan de Ejecución de las actividades contractuales, cumpliendo en su totalidad con las actividades asignadas para el periodo certificado.
3. Presentó y entregó copia de los recibos de pago o planilla de pago P.I.L.A, sobre el 40% del valor del contrato, con lo que se comprueba su cumplimiento.
4. No ha presentado novedades o incumplimientos a ninguna de las demás obligaciones contractuales.

Conforme a lo anterior, me permito solicitar se adelante el pago por valor cuatro millones novecientos noventa y cuatro mil cuatrocientos pesos m/cte. (\$ 4.994.400), correspondiente al PRIMER (01) pago del 2022.

Dada en Bogotá, a los 27 días del mes de febrero del año 2022.

Cordialmente,

JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO

Asesora de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia y Productos Biológicos

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80197115	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA		CLL 159A 8B-34	7517002	jmca_1860@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
2022-01	2022-01	I	01/02/2022	56408925	TOTAL A PAGAR
					\$518.000

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	209.300	0		0		0	0	0	0	209.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	267.900	0	0	0	0	0	0		267.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	40.800				40.800	0	0	40.800			408	40.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	209.300	209.300
Pensión	1	267.900	267.900
Riesgos Laborales	1	40.800	40.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.000	518.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80197115	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA		CLL 159A 8B-34	7517002	jmca_1860@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
2022-01	2022-01	I	01/02/2022	56408925	\$518.000
					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	Sueldo	Exonerado	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	80197115	CAMARGO ARRIETA JESUS MARIO	59	0			N																		231001	1.674.327	267.900	0	0	0	0	EPS008	1.674.327	209.300	14-7	1.674.327	3	40.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA	NIT:	80197115
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	enero 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	enero 2022
Número de Radicación:	56408925	Total a pagar:	\$518,000
Fecha de vencimiento:	01/02/2022	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	01/02/2022	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	1307358064
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$40,800
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$267,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$209,300
						\$518,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14807281648



(415)7707212489984(8020) 000001480728164 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 1 9 7 1 1 5

5

Impuestos de Bogotá

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

8 0 1 9 7 1 1 5

27. Fecha expedición

2 0 0 1, 1 2, 1 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CAMARGO

32. Segundo apellido

ARRIETA

33. Primer nombre

JESUS

34. Otros nombres

MARIO

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 13 38 76 AP 202 ED EL AMERICANO

42. Correo electrónico

jmca_1860@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 5 1 7 0 0 2

45. Teléfono 2

3 1 2 5 0 7 2 1 6 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1, 0 2, 2 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

2022 - 01 - 20 / 08 : 25: 52

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 CAMARGO ARRIETA JESUS MARIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CERTIFICADO

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

19/01/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80197115**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550007500828186
Fecha de apertura	08/03/2010

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA