	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**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	**DENCY YAMILE CAÑON CASTELLANOS**	**NIT/ CC No.**	53005185
CORREO ELECTRÓNICO	dencyyamile@hotmail.com	**TELÉFONO**	3134234488
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	**041 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2023-05-18**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN, RADICACIÓN Y RESPUESTA A LAS PQRDS INCOADAS POR USUARIOS EXTERNOS E INTERNOS.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2023-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-05-18**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 7.768.516**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 7.768.516**	**VALOR A PAGAR**	**$ 1.942.129**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 5.826.387**	**VALOR PAGADO**	**1.942.129**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de enero de 2023 al 18 de febrero del 2023)**
BANCO	**Banco De Bogotá.**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros.	**No DE CUENTA**	**018397596**

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)

N/A

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**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA	8364790126

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Enero de 2023**	**2023-02-13**	**$145.000**	**Famisanar.**
PENSIÓN	**Enero de 2023**	**2023-02-13**	**$185.600**	**Porvenir.**
ARL	**Enero de 2023**	**2023-02-13**	**$6.100**	**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 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 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**
	2023	2	20

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado: AAAA-MM-DD
Miriam del Carmen San Miguel Cantillo **JEFE OFICINA ATENCIÓN AL CIUDADANO.**	**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.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DENCY YAMILE CAÑON CASTELLANOS
No. Identificación: CC53005185
Dirección: CALLE 22 N 1-64 TORRE 19 APTO 501
Telefono: 8205035
Correo: dencyyamile@hotmail.com
Ciudad: MADRID
Número de Planilla: 8364790126

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DENCY YAMILE CAÑON CASTELLANOS
Tipo y número de identificación	CC53005185
Número de planilla	8364790126
Fecha pago	2023-02-13
Número de autorización pago	28041268
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	336700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6100	1
230301	Porvenir	185600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	145000	1

8364790126

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53005185
APELLIDOS Y NOMBRES: DENCY YAMILE CAÑON CASTELLANOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DENCY CAÑON, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 53.005.185 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 018397596, abierta/o desde el 21/11/2011, con saldo a la fecha de: $ 440

Se expide en Bogotá el día 15 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Invima



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14635469245

(415)7707212489984(8020) 000001463546924 5

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAÑON	CASTELLANOS	DENCY	YAMILE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

41. Dirección principal: CL 22 1 64 TO AP 501

42. Correo electrónico: dencyyamile@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
8 2 1 1	2 0 0 9 0 3 0 6							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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 2019 - 07 - 16

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 CAÑON CASTELLANOS DENCY YAMILE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C.

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

Yo, **Dency Yamile Cañón Castellanos**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **53.005.185**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación (RUT): SI ( ) NO (**X**)

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI ( ) NO (**X**)

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (**X**) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (**X**) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (**X**);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
Julián Andrés Ortigoza cañón	16	Hijo	1140915517

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 ($1,357,184) por concepto de dependientes.

7. Soy pensionado SI ( ) NO (**X**).

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

   8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (**X**): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

   8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (**X**): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

   8.3. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (**X**) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio)

   8.4. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (**X**)

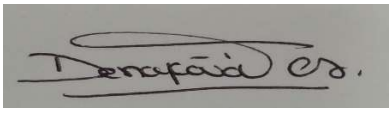
      8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.
      8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 18 días del mes de febrero de 2023.

Firma: 

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

Nombres y Apellidos: Dency Yamile Cañón Castellanos.
C.C. 53.005.185 Bta.

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	041 de 2023			
CONTRATISTA:	DENCY YAMILE CAÑON CASTELLANOS		**NIT / C.C No. :**	*53005185*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN, RADICACIÓN Y RESPUESTA A LAS PQRDS INCOADAS POR USUARIOS EXTERNOS E INTERNOS.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 7.768.516			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-01-19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2023-05-18**
FECHA DE INICIO:	**2023-01-19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-05-18**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-01-19**	**HASTA:**	**2023-02-18**
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Atención al Ciudadano**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Miriam del Carmen San Miguel Cantillo**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Gestionar la recepción y asignación a las solicitudes de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias*PQRSD interpuestas por la comunidad respecto a los productos y servicios competencia del Invima.	**Recepción y gestión de solicitudes relacionadas con problemas de documentos ante Cancillería.**	**Informe de actividades a la jefe de la oficina.**
2	Recibir por los diferentes canales de atención las solicitudes de PQRDS con sus respectivos anexos.	**Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales.**	**Informe de actividades a la jefe de la oficina.**
3	Brindar apoyo en la respuesta a los requerimientos que formulen los ciudadanos internos y externos de la entidad.	**Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.**	**Informe de actividades a la jefe de la oficina.**
4	Suministrar a los usuarios y	**Apoyo mediante orientación telefónica,**	**Informe de actividades a la**

	ciudadanía en general atención e información oportuna en cuanto a las competencias de la oficina de atención al Ciudadano.	**orientación presencial y citas virtuales.**	**jefe de la oficina.**
5	Brindar apoyo en la atención al ciudadano que solicita orientación acerca de los trámites y servicios que presta la entidad, por los diferentes canales de comunicación establecidos**.**	**Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.**	**Informe de actividades a la jefe de la oficina.**

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 2023.

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	1.942.129	1.160.000	30	$ 336.700	8364790126	MI PLANILLA COMPENSAR .

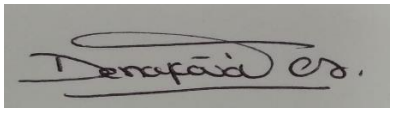
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 7.768.516
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 1.942.129
Saldo del contrato	$ 5.826.387

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
01	x	

Atentamente,



_____

Firma
Dency Yamile Cañón Castellanos.
Contratista
C.C. No. 53.005.185 De Bogotá.

Recibí a satisfacción:



_____

Firma
Miriam del Carmen San Miguel Cantillo
Jefe de Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 041 de 2023.

.