NÚMERO DE PROCESO DEL SECOP	**CPSP 649 AL CPSP 695 DE 2023**
NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**832 del 2 de agosto de 2023**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.
NOMBRE CONTRATISTA	RUBEN DARÍO GÓMEZ LEÓN
NIT / C.C. No	1.032.365.227 - 9
VALOR DEL CONTRATO	Veintisiete Millones doscientos treinta y nueve setecientos dieciséis Pesos M/CTE ($27.239.716,00).
PLAZO DE EJECUCIÓN	El objeto del presente contrato se ejecutará hasta el 29 de diciembre de 2023, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución del respectivo contrato.
No. DE POLIZA Y FECHA DE APROBACIÓN	**NO APLICA**
No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA DE EXPEDICIÓN	**722523** del 2 de agosto de 2023
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	**2 de agosto de 2023**
FECHA PROYECTADA DE TERMINACIÓN	**29 de diciembre de 2023**

En las instalaciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, de la ciudad de Bogotá D.C se reunieron: **RUBEN DARÍO GÓMEZ LEÓN**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.032.365.227 de BOGOTÁ D.C., quien actúa en nombre propio, en su calidad de Contratista y **YENNY MARCELA SUÁREZ GONZÁLEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.902.064 de BOGOTÁ D.C., en su calidad de supervisor(a), para dar inicio al cumplimiento del objeto del contrato en mención, por encontrarse cumplidos todos los requisitos para ello.

La presente se firma por quienes en ella intervinieron a los 2 días del mes de agosto del año 2023.

Yenny Suárez

YENNY MARCELA SUÁREZ GONZÁLEZ
Profesional Universitaria con Asignación de Fucniones de Coordinación del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
Supervisora

RUBEN DARÍO GÓMEZ LEÓN

Identificación: 1.032.365.227

Contratista.

Proyectó: César Flechas

	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	**832 - 2023**			
CONTRATISTA:	RUBÉN DARIO GÓMEZ LEÓN		**NIT / C.C No. :**	*1.032.365.227*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTRSO SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.			
VALOR DEL CONTRATO	VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE SETECIENTOS DIECISÉIS PESOS MCTE ($ 27.239.716)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-02		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	148 DIAS
FECHA DE INICIO:	2023-08-02		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-08-02	**HASTA:**	2023-09-01
PAGO NÚMERO:	PRIMERO (01)		**DEPENDENCIA:**	Dirección De Medicamentos Y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Ejecutar la evaluación técnica farmacéutica del módulo de calidad aportado por el interesado, para la obtención del registro sanitario y demás tramites asociados de alta complejidad; de acuerdo con los trámites y actividades asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	Durante este periodo de tiempo se apoyaron evaluaciones técnicas de los documentos en concordancia al plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia, y emitir acto administrativo, concepto o informes cuando se requieran. Cuatro (4) actividades	Se realizaron cuatro (4) evaluaciones de tramites de Registro Sanitario nuevos • RIBEX® 20mg Tabletas recubiertas - Expediente 20202032. Radicado 20211086497 del 04/05/2021. • RIBEX® 10mg Tabletas recubiertas - Expediente 20203379. Radicado 20211103064 del 27/05/2021. • IPCA LEFRA® 20mg Tabletas recubiertas - Expediente 20202813. Radicado 20211096397 del 19/05/2021. • LENALIDOMIDA 10mg Capsulas duras - Expediente 20203778. Radicado 20211107307 del 02/06/2021.
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	Durante este periodo de tiempo se adelantaron las solicitudes de requerimientos en el marco del trámite y se agendaron las reuniones previas a la visita presencial. Registro Sanitario con visita. Tres (3) actividades	Se realizó una (1) acto administrativo Autos en el trámite de Registro Sanitario nuevos y • IPCA LEFRA® 20mg Tabletas recubiertas - Expediente 20202813. Radicado 20211096397 del 19/05/2021. Se resolvieron dos (2) correspondencias • 20231200639 • 20231192947
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de	Durante este periodo de tiempo se apoyaron	N.A.

	registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.	evaluaciones técnicas de los documentos en concordancia al plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia, y emitir acto administrativo, concepto o informes cuando se requieran.	
4	Mantener actualizada la información de las herramientas tecnológicas institucionales y de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, así como las demás bases de datos que se requieran con ocasión al objeto contractual respecto del desarrollo de las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y tramites asociados.	Durante este periodo de tiempo se actualizó y/o cambio la información correspondiente a los tramites en la base de datos de Registros Sanitarios Cuatro (4) actividades	Se realizaron cuatro (4) actividades de alimentación de información en la Base de Datos del aplicativo Registros Sanitarios, esto correspondió al tramite de solicitud de Registro Sanitario: • RIBEX® 20mg Tabletas recubiertas - Expediente 20202032. Radicado 20211086497 del 04/05/2021. • RIBEX® 10mg Tabletas recubiertas - Expediente 20203379. Radicado 20211103064 del 27/05/2021. • IPCA LEFRA® 20mg Tabletas recubiertas - Expediente 20202813. Radicado 20211096397 del 19/05/2021. • LENALIDOMIDA 10mg Capsulas duras - Expediente 20203778. Radicado 20211107307 del 02/06/2021.
5	Apoyar en la actualización de procedimientos, instructivos, guías y/o manuales para el desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	Durante este periodo de tiempo se trabajó en la elaboración de guía asociado a las actividades de evaluación de registros sanitarios y tramites asociados. Una (1) actividad	• *Guía de modificaciones de registros sanitarios con impacto en la Calidad de Medicamentos de síntesis Química* (02/08/2023 - 03/08/2023 - 04/08/2023 - 08/08/2023 - 09/08/2023 - 10/08/2023 - 11/08/2023 - 23/08/2023 - 01/09/2023)
6	Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos respecto de registros sanitarios y demás tramites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual.	Durante este periodo de tiempo se participó en actividades de unificación de criterios a través de reuniones, capacitaciones, socializaciones y entrenamientos. Diez (10) actividades.	• Reunión de presentación – Coordinador del grupo y tópicos generales a considerar. (08/08/2023). • Reunión abordaje Tutela – Quetiapina (Procaps). (08/08/2023). • Reunión con Ministerio – Abordaje de comentario de la Industria. (17/08/2023 y 23/08/2023). • Reunión avances de Guías, formatos y tarifas - Entrada en vigencia de la guía de modificación Decreto 334 de 2022. (22/08/2023). • Revisión y abordaje de comentarios ASINFAR – comentarios recibidos fuera de tiempo. (22/08/2023 y 23/08/2023)

			• Reunión con MInisterio - Abordaje de comentarios de la Industria. (23/08/2023) • Reunión de discusión Modificaciones en el Etiquetado (unificación de criterios Grupos Biológicos - Apoyo Comisión Revisora - Síntesis). (23/08/2023). • Capacitaciones Actualización jurídicas (1 reunión): 04/08/2023. • Capacitaciones Asignación y manejo de VPN (1 reunión): 28/08/2023. • Consenso tripartito – Proyecto guía de modificaciones de RS con impacto en la Calidad. 31/08/2023.

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
N.A.	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 Agosto del año 2023.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión, ARL y caja de Compensación	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5.521.564	$ 2.208.619	30	$ 654.400	70043430	Pago Simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.239.227
Valor prórroga contrato	$ 0
Valor del contrato modificado	$ 27.239.227
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 21.718.152

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
Acta de inicio, Pago 1	X	

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° 832 de 2023.

OBSERVACION

Este informe corresponde a lo realizado desde el 02/08/2023 al 01/09/2023, debido al cambio de Coordinadora partir de 08/08/2023, se reportan firma de los dos coordinadores que realizaron la supervisión en las respectivas fechas, desde el 02/08/2023 al 07/08/2023 por Yenny Marcela Suárez González y desde el 08/08/2023 al 01/09/2023 por Danaida Erika Sandoval Peña.

Atentamente,

Firma
Nombres y apellidos del contratista
Contratista: RUBÉN DARIO GÓMEZ LEÓN
C.C. No. 1.032.365.227

Recibí a satisfacción:

Yenny Suárez

Firma_____
YENNY MARCELA SUAREZ GONZALEZ
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados hasta el 07/08/2023
Supervisor Contrato 832 de 2023

Firma_____
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEREZ
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados desde el 08/08/2023
Supervisor Contrato 832 de 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032365227	RUBEN DARIO GOMEZ LEON	Calle 137 # 91 - 80	3457964	rubeng_182198@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	04/09/2023	70043430	$654.400	

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	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.300	0	0	13.300	1

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	276.100	276.100
Pensión	1	353.400	353.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	13.300	13.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	654.400	654.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032365227	RUBEN DARIO GOMEZ LEON		Calle 137 # 91 - 80	3457964	rubeng_182198@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	04/09/2023	70043430	$654.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1032365227	GOMEZ LEON RUBEN DARIO	59	0			N																	25-14	2.208.626	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.626	276.100	14-23	2.208.626	1	11.600	CCF24	2.208.626	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION CONTRACTUAL
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	**RUBÉN DARIO GÓMEZ LEÓN**	**NIT/ CC No.**	1.032.365.227 Btá
CORREO ELECTRÓNICO	rgomezl@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3192812926
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	**832 - 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**148 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar el estudio, análisis y emisión de conceptos técnicos de evaluación farmacéutica y farmacológica, a las solicitudes y actividades derivadas de la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados de productos farmacéuticos, asignados a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-02**	**FECHA DE INICIO**	**2023-08-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.239.716**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.239.716**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.718.152**	**VALOR PAGADO**	**$ 5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(Pago 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(2 de Agosto al 1 de Septiembre de 2023)**
BANCO	**ITAÚ**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**729092155**

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	N/A	**Facturas**	N/A	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	**70043430**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Agosto**	**2023-09-04**	**$ 276.100**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**Agosto**	**2023-09-04**	**$ 353.400**	**COLPENSIONES**
ARL	**Agosto**	**2023-09-04**	**$ 11.600**	**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

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 deberà 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.

	AAAA	MM	DD	
Fecha de expedición de la presente certificación:	2023	9	11	

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS

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.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C. 8 de Agosto de 2023

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 1.400 UVT. ($53.206.000) 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
Gloria Inez León Díaz	65 años	Madre	41795318

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._____N.A_____ con _____N.A._____, 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 Rubén Dario Gómez León
CC 1.032.365.227 de Bogotá

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

Bogotá D.C. Agosto 2023

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

Yo, Rubén Dario Gómez León, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1032365227, 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 - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI (X) NO ( )

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

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.

   4.2. Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.	N.A.	N.A.
2.	N.A.	N.A.
3.	N.A.	N.A.

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 (N.A.)%

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
Gloria Inez León Diaz	64 años	Madre	41795418

   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), según resolución No._____.

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 6 días del mes de Marzo de 2023.

Firma: _____
Nombres y Apellidos: Rubén Dario Gómez León
C.C. 1.032.365.227_____

[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

Bogotá D.C., 11 de septiembre de 2023

Señores
INVIMA
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente RUBEN DARIO GOMEZ LEON identificado con CC N° 1032365227, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 13-12-2022 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta de ahorros	729092155	Activo	2023-06-01

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 11 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente,

BANCO ITAÚ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14879150994

(415)7707212489984(8020) 000001487915099 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 3 6 5 2 2 7	9	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	1 0 3 2 3 6 5 2 2 7	2 0 0 4 0 7 0 7

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
GOMEZ	LEON	RUBEN	DARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: C L 137 91 80 TO 5 AP 503

42. Correo electrónico: rubeng_182198@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 8 5 1 6 8 4	3 1 3 3 5 4 1 1 3 4

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
7 4 9 0	2 0 2 2 0 3 1 7							

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 2022 - 11 - 29 / 13 : 03: 45

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 GOMEZ LEON RUBEN DARIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO