	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN 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	**Blanca Lucia Gabaldón Marquez**	**NIT/ CC No.**	618579-6
CORREO ELECTRÓNICO	bgabaldonm@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3132757198
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	**No. 835 DE 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**(2023/12/29)**
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**		

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 01)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(02 de agosto del 2023 al 01 de septiembre del 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**61265193926**

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	

Soporte de pago de pension IVSS Venezuela.

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

NÚMERO DE PLANILLA	**70508753**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**AGOSTO**	2023/09/01	$ 276.100	COMPENSAR
PENSIÓN	**AGOSTO**	2023/09/01	N.A.	IVSS VENEZUELA
ARL	**AGOSTO**	2023/09/01	$ 11.600	POSITIVA 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 ejecuciòn 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	9	4



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA

COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS

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	GESTION 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	*(No. de contrato y año)* **835 de 2023**			
CONTRATISTA:	**BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ**		**NIT / C.C No. :**	618579-6
OBJETO CONTRACTUAL:	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			
VALOR DEL CONTRATO	Veintisiete Millones doscientos treinta y nueve setecientos dieciséis Pesos M/CTE ($27.239.716,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023/08/02		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	148 días
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:	01		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**YENNY SUAREZ GONZALEZ** Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos Síntesis Química Importados **(periodo desde 02/08 al 07/08/2023).** **DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA** Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados **(periodo desde 08/08-Actual).**			

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.	**1.Revisión de evaluación técnica de Registros Sanitarios.**	**09 FIES** **Radicados Nro.:** *20181188313 RENOVACION 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20181188324 RENOVACION 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211103038 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211112053 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211116792 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211122445 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL)

			20211127269 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20191232424 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20191150005 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO RTA DE AUTO(reasignado)
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	**1.Proyección de Autos derivados de la revisión técnica de Registros Sanitarios.** **Proyección de Resoluciones derivados de la revisión técnica de Registros Sanitarios.**	**07 Autos** **1.Radicados Nros:** *20181188313 RENOVACION 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20181188324 RENOVACION 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211103038 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211112053 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211122445 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20211127269 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 20191232424 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO (INICIAL) 01 Resolucion: 2.**Radicados Nros:** 20191150005 RS NUEVO 677 NO UNIFICADO RTA DE AUTO(reasignado)
3	APOYAR LA REALIZACIÓN DE VISITAS CON FINES DE OBTENCIÓN DE REGISTROS SANITARIOS CON EL ESTUDIO, ANÁLISIS Y EMISIÓN DE CONCEPTO TÉCNICO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	**No se ejecutan actividades derivadas de este objetivo**	**N.A.**
4	MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS INSTITUCIONALES Y DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO	**Se actualiza base de datos de registro sanitarios, con base al estudio de los registros sanitarios asignados**	Radicados relacionados en la actualización de base de RS: *20181188313 20181188324 20211103038 20211112053

<table>
<tr><td></td><td>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.</td><td></td><td>20211116792
20211122445
20211127269
20191232424
20191150005</td></tr>
<tr><td>5</td><td>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.</td><td>Actividades varias correspondiente a evaluación de registros sanitarios (capacitaciones, reuniones, entre otros).

Resumen de actividades:
<table>
<tr><td>*ATENCION USUARIO FAES FARMA COLOMBIA</td><td>4-ago</td></tr>
<tr><td>*Reunión Charla Jurida</td><td>4/08/2023</td></tr>
<tr><td>Apoyo en atención a usuario Cita Nro 35542</td><td>8/08/2023</td></tr>
<tr><td>Reunión Temas Varios</td><td>8/08/2023</td></tr>
<tr><td>INDISPONIBILIDAD DEL SISTEMA SESUITE</td><td>8/08/2023</td></tr>
<tr><td>Reunión CASO QUETIAPINA TUTELA</td><td>9/08/2023</td></tr>
<tr><td>Corrección comentario Resolucion caso Quetiapina</td><td>11/08/2023</td></tr>
<tr><td>Reunión de Grupo temas varios</td><td>14/08/2023</td></tr>
<tr><td>Correo caso VERQUVO</td><td>15/08/2023</td></tr>
<tr><td>Capacitación Planes de Trabajo</td><td>24/08/2023</td></tr>
<tr><td>REUNION DUDA TECNICA PRODUCTO ADVIL</td><td>25/08/2023</td></tr>
<tr><td>CAPACITACION VPN</td><td>28/08/2023</td></tr>
<tr><td>ATENCION USUARIO SEVEN PHARMA</td><td>29/08/2023</td></tr>
<tr><td>REUNION SCRUM</td><td>30/08/2023</td></tr>
</table></td><td>Listados de asistencia, calendario de teams, canal de teams del grupo, entre otros</td></tr>
</table>

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.	**No se ejecutan actividades derivadas de este objetivo.**	**N.A.**

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
NA.	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 y ARL	No. de planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5.521.564	2.208.650	30	287.700	70508753	Compensar miplanilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.239.716,00.
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

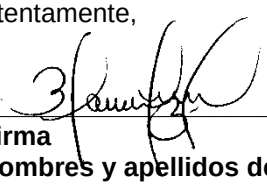
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	**PUBLICACIÓN EN SECOP II**	
	SI	**NO**
Acta de Inicio	**X**	
Pago 1	X	

NOTA:

1*.Evaluación que corresponde a la fecha desde el 02/08/2023 al 07/08/2023 por la Dra. Yenny Marcela Suárez González.

2.Evaluación que corresponde a la fecha desde el 08/08/2023 al 01/09/2023-actual por la Dra. Danaida Erika Sandoval Peña

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista: BLANCA LUCIA GABALDÓN MÁRQUEZ
Contratista
C.E. No. 618579

Recibí a satisfacción:

Yenny Suárez

Firma_____
YENNY MARCELA SUAREZ GONZALEZ

Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados
Supervisor Contrato 835 de 2023 hasta el 07/08/2023



_____
Firma
Nombres y Apellidos: DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Cargo: Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 835 de 2023 desde el 08/08/2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	618579	BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ	Cll 97n 21-63	3132757198	blgabaldon27@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	01/09/2023	70508753	$331.900	

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

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	44.200	0	0	44.200	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	0	0	0
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	44.200	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	331.900	331.900

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
CE	618579	BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ		Cll 97n 21-63	3132757198	blgabaldon27@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	01/09/2023	70508753	$331.900	

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	CE	618579	GABALDON MARQUEZ BLANCA LUCIA	59	0	X		N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	2.208.650	276.100	14-23	2.208.650	1	11.600	CCF24	2.208.650	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ**, identificada con **CE** número **618579**, aportó por el empleado **BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ** identificado(a) con **CE** número **618579** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$2,208,650	0.02000	$44,200	$0	$0	Agosto - 2023	70508753	01/09/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$2,208,650	0.12500	$276,100	$0	$0	Agosto - 2023	70508753	01/09/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,208,650	0.00522	$11,600	$0	$0	Agosto - 2023	70508753	01/09/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Septiembre** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DEL TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
PRESIDENCIA

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE COTIZACIONES

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.), hace constar por medio de la presente que el (la) Ciudadano (a) BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ titular de la Cédula de Identidad N° V017598700 posee 657 semanas cotizadas ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.), siendo su primera fecha de afiliación al Instituto 06/07/2010, encontrándose actualmente en estatus de asegurado ACTIVO en la empresa BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ inscrita bajo en Número Patronal R11670538 con Fecha de ingreso 14/08/2017 según base de datos de la institución sujeta a revisión de documentos probatorios.

En tal sentido, de conformidad con el Artículo N° 1 de la Ley del Seguro Social aprobada bajo Gaceta Oficial N° 5.976 de fecha 24/05/2010, establece lo siguiente:

> "La presente Ley rige las situaciones y relaciones jurídicas con ocasión de la protección de la Seguridad Social a sus beneficiarios y beneficiarias en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantia o paro forzoso."

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de Caracas a los 1 días del mes de Septiembre de 2023.

El presente certificado tendrá vigencia hasta el día 30 del mes de Septiembre de 2023.

Abog. Magaly Gutierrez Viña
Presidenta de la Junta Directiva del IVSS.

Gaceta Oficial N° 41.420 de fecha 15/06/2018

La validez de este certificado electrónico de cotizaciones, puede comprobarse a través del portal web del I.V.S.S. (www.ivss.gob.ve) con el código de verificación N° 3aca31462-2023809.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919776431

(415)7707212489984(8020) 000001491977643 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 1 6 6 0 0 6 3	6	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 Extranjería 2 2	6 1 8 5 7 9	2 0 1 6 0 8 0 1

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
GABALDON	MARQUEZ	BLANCA	LUCIA

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: CL 97 CR 21 63 AP 501 ED URANTIA

42. Correo electrónico: blgabaldon27@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 2 7 5 5 9 3 9	3 1 3 2 7 5 7 1 9 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 7 0 6 0 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
4	9																								

53. Código

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 2023 - 06 - 12 / 13 : 53: 38

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 GABALDON MARQUEZ BLANCA LUCIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Viernes, 1 de septiembre de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ identificado(a) con CE 618579, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	61265193926	2016/09/07	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

NÚMERO DE PROCESO DEL SECOP	**CPSP 649 AL CPSP 695 DE 2023**
NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**835 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	BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ
CÉDULA DE EXTRANJERÍA	C.E 618579 - 0
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	**724223** 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: **BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ**, identificado(a) con cédula de extranjería No. C.E 618579, 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

BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ
Identificación: C.E 618579

Contratista.

Proyectó: César Flechas

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

Bogotá D.C. 04 de septiembre de 2023

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

Yo, **BLANCA LUCIA GABALDON MARQUEZ** , identificado(a) con Cédula de extranjería No. **618579,** 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 ( ) 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.

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

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.		
2.		
3.		

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

   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.

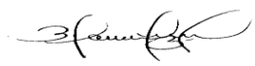
8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

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 04 días del mes de septiembre de 2023



Firma: _____
Nombres y Apellidos: BLANCA LUCIA GABALDON M.
C.E. 618579

[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