	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	1025-2023			
CONTRATISTA:	Yenny Paola Franco Gutiérrez		**NIT / C.C No. :**	52840840-3
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR TÉCNICAMENTE EN EL PROCESO VISITAS DE INSPECCIÓN PARA LA DE OBTENCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN, LABORATORIO Y MANUFACTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES.			
VALOR DEL CONTRATO	VEINTITRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE ($23.374.621,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-22		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	127 días
FECHA DE INICIO:	2023-08-23		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-08-23	**HASTA:**	2023-09-22
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO** Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Apoyar en el desarrollo de auditorías y certificaciones de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y/o Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) a los establecimientos que fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos, presten servicios de salud con medicamentos en seres humanos, que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, apoyando así mismo la emisión del respectivo acto	Visitas de certificación BPx: 1. **VICENTE SCAVONE & CIA S.A.E.** 28 de agosto al 01 de septiembre de 2023, certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). 2. **LABORATORIOS GARDEN HOUSE FARMACEUTICA S.A.** 04 al 08 de septiembre de 2023. renovación de la certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) para la Fabricación de Productos Fitoterapéuticos. 3. **LABORATORIO JAMES BROWN PHARMA C.A.** 11 al 15 de septiembre de	Radicados Invima Nos./Actas generadas/archivo en expedientes: 1. 20221245568 del 24/11/2022, Acta de inspección del 01 de septiembre de 2023, expediente EXP. 586E. 2. 20231009658 del 23/01/2023, Acta de inspección del 08 de septiembre de 2023, expediente 435E. 3. 20221124965 del 23-06-2022, 3.1. Acta certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) del 15 de septiembre de 2023. 3.2. Acta certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPL)

	administrativo que otorga la certificación de BPx.	2023. Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y certificación en Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL). 4. **FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERICORDIA.** 18 al 21 de septiembre de 2023. Renovación de la certificación de Buenas Prácticas de Elaboración.	del 15 de septiembre de 2023, expediente 582E. 4. 20231062339 del 13/03/2023 Acta del 21 de septiembre de 2023, expediente 1568S.
2	Apoyar la ejecución de las auditorias de verificación de requerimientos y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas, que se necesiten por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, con el fin de cumplir con las condiciones de acuerdo a los requisitos establecidos en la normatividad vigente.	No fueron asignados.	N.A.
3	Apoyar en el diligenciamiento de las bases de datos, aplicativos y sistemas de información, establecidos en el Grupo Técnico de Medicamentos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Se diligencia el aplicativo de BPM establecimientos certificados en BPx: 1. **FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**. Renovación de la certificación de Buenas Prácticas de Elaboración.	Expediente actualizado en el aplicativo de BPM establecimientos certificados en BPx : 1. 1568S.
4	Generar los documentos consecuentes de la realización de visitas de certificación de Buenas Prácticas correspondientes.	Se generan los siguientes documentos resultantes de las visitas de verificación BPx: Actas de Inspección 1. **VICENTE SCAVONE & CIA S.A.E.** Del 01 de septiembre de 2023. 2. **LABORATORIOS GARDEN HOUSE FARMACEUTICA S.A.** Del 08 de septiembre de 2023. 3. **LABORATORIO JAMES BROWN PHARMA C.A.** Del 15 de septiembre de 2023. 4. **FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERICORDIA.** Del 21 de septiembre de 2023.	Se archivan las actas de inspección en los expedientes respectivos: 4. 1568S. Se archivan copias de las actas en carpeta física ubicada en piso 4 del Grupo Técnico de Medicamentos, marcada como *"consecutivo de actas septiembre 2023"*.
5	Apoyar en la solución de las inquietudes y/o peticiones	Atención de:	Radicados Invima Nos.:

	presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del Instituto, con relación al procedimiento de auditorías de certificación y trámites asociados, aportando los soportes correspondientes.	1. Revisión filtros correspondencia de compañeros GTM: 1 2. Atención al usuario: 2	1. 20231203982. 2. 2.1 Formato de atención a usuario - registro de reunión 25-08-2023 09:40 Cita N° 36813. Altea Farmacéutica. 2.2. Formato de atención a usuario - registro de reunión 22-09-2023 08:40 Cita N° 37036. Aruna Asesores S.A.S.
6	Brindar apoyo en la elaboración de los lineamientos técnicos, guías y formatos relacionados con las buenas prácticas de manufactura, de laboratorios y de elaboración.	No fueron asignados.	N.A.
7	Asistir a los diferentes comités que se requieren con relación al procedimiento de auditorías de certificación que le sean asignados.	No fueron asignados.	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
01	3000-0719-2022	BOGOTA – SAN LORENZO, DEPARTAMENTO CENTRAL - PARAGUAY SANTIAGO DE CHILE, CHILE QUITO, ECUADOR	27-08-2023	16-09-2023

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. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5´521.564	$ 2.208.625	30	$ 641.100	70143784	Compensar/ mi planilla

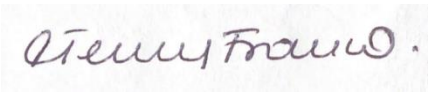
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 23´374.621
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5´521.564
Saldo del contrato	$ 17´853.057

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
Nombres y apellidos del contratista: Yenny Paola Franco Gutiérrez
Contratista
C.C. No. 52840840

Recibí a satisfacción:



Nombres y Apellidos: ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Cargo: Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
Supervisor(a) Contrato 1025 de 2023.

	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	**YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ**	**NIT/ CC No.**	52840840
CORREO ELECTRÓNICO	jfrancog@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3167709951
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. 1025 DE 2023	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2023-12-29
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR TÉCNICAMENTE EN EL PROCESO VISITAS DE INSPECCIÓN PARA LA DE OBTENCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN, LABORATORIO Y MANUFACTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-22**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-23**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 23.374.621,00**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 23.374.621**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 17.853.057**	**VALOR PAGADO**	**5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 01)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de agosto del 2023 al 22 de septiembre del 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	488430879871

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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**70143784**			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	ago-23	2023-08-15	$ 276.100	COMPENSAR EPS
PENSIÓN	ago-23	2023-08-15	$ 353.400	PROTECCIÓN
ARL	ago-23	2023-08-15	$ 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	25



ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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 | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ**, identificada con **CC** número **52840840**, aportó por el empleado **YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ** identificado(a) con **CC** número **52840840** 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, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2023 y 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	$2,208,625	0.02000	$44,200	$0	$0	Julio - 2023	69632867	03/08/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$2,208,625	0.12500	$276,100	$0	$0	Julio - 2023	69632867	03/08/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,208,625	0.00522	$11,600	$0	$0	Julio - 2023	69632867	03/08/2023	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$2,208,625	0.16000	$353,400	$0	$0	Julio - 2023	69632867	03/08/2023	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$2,208,625	0.02000	$44,200	$0	$0	Agosto - 2023	70143784	15/08/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$2,208,625	0.12500	$276,100	$0	$0	Agosto - 2023	70143784	15/08/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,208,625	0.00522	$11,600	$0	$0	Agosto - 2023	70143784	15/08/2023	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$2,208,625	0.16000	$353,400	$0	$0	Agosto - 2023	70143784	15/08/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **24** días del mes **Septiembre**de **2023**

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	52840840	YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ	TR 32 A 34 28 TORRE 2 APTO 201	9003412	jpfranco21@hotmail.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	15/08/2023	70143784	$685.300	

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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	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	1	353.400	353.400
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	4	685.300	685.300

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	52840840	YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ	TR 32 A 34 28 TORRE 2 APTO 201	9003412	jpfranco21@hotmail.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	15/08/2023	70143784	$685.300	

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	52840840	FRANCO GUTIERREZ YENNY PAOLA	59	0			N																	230201	2.208.625	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.625	276.100	14-23	2.208.625	1	11.600	CCF24	2.208.625	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892772413

(415)7707212489984(8020) 000001489277241 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 4 0 8 4 0	3	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 2 8 4 0 8 4 0	1 9 9 9 1 1 2 5

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
FRANCO	GUTIERREZ	YENNY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: TV 32 A 34 28 TO 2 AP 201 BRR CIUDAD VERDE

42. Correo electrónico: jpfranco21@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 7 7 0 9 9 5 1	

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

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 02 - 01 / 09 : 58: 29

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 FRANCO GUTIERREZ YENNY PAOLA
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, **Yenny Paola Franco Gutiérrez**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **52.840.840**, 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 (**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.		
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
Paula Alejandra Hernández Franco	16 años	Hija	1023371640

   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 (**X**) NO ( ) : 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.

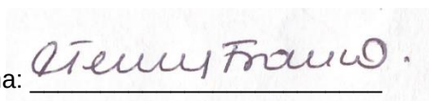
8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

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 25 días del mes de Agosto de 2023

Firma: 

Nombres y Apellidos: Yenny Paola Franco Gutiérrez

C.C52.840.840.

[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

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52840840, funcionario(a) de YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/04/2023 hasta 31/03/2024 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON CIENTO SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS ($1.168.650,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/04/2023 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
19706981	20230421	$ 233,730
19713566	20230520	$ 233,730
19713567	20230625	$ 233,730
19713568	20230724	$ 233,730
19713569	20230822	$ 233,730
Total		**$ 1,168,650**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 24 días del mes de septiembre de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13090313

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52840840, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ	CC - 52840840	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/04/2023 Hasta 31/03/2024	PC ESPECIAL CON POS	$ 116.865
PAULA ALEJANDRA HERNANDEZ FRANCO	TI - 1023371640	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/04/2023 Hasta 31/03/2024	PC ESPECIAL CON POS	$ 116.865
					Total Mensual Grupo Familiar	**$ 233.730**

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 24 días del mes de septiembre de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13062733

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/09/2023**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YENNY PAOLA FRANCO GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52840840**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488430879871**
Fecha de apertura	**02/06/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA