aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52171798 | | RODRIGUEZ MILLAN MARTHA EDITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 78H #68B-29 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3979726 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 1000001834 | 9456179750 | I | 2023/09/22 | 2023/09/18 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $336,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52171798 | RODRIGUEZ MARTHA | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $6,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52171798 | | RODRIGUEZ MILLAN MARTHA EDITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 78H #68B-29 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3979726 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 1000001834 | 9456179750 | I | 2023/09/22 | 2023/09/18 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $336,700 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $0 | $0 | $336,700 |

**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, **Martha Edith Rodriguez Millàn**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **52.171.798**, 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. | | |

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 |
|---|---|---|---|
| ISABELLA CELY RODRIGUEZ | 5 | HIJA | 1.146.143.961 |
| | | | |
| | | | |

   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.

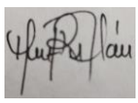
8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI (--) NO (--)

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
10.

**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 06 días del mes de Octubre de 2023

Firma: 

Nombres y Apellidos: **Martha Edith Rodríguez Millán**

**C.C. 52.171.798 de Bogotá, D.C.**

[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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14936873526

(415)7707212489984(8020) 000001493687352 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 1 7 1 7 9 8 | 0 | 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 | 52171798 | 1 9 9 1 0 8 2 0 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | MILLAN | MARTHA | EDITH |

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: CR 78 H 68 B 29 SUR P 2

42. Correo electrónico: mmillan_206@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 3 2 1 6 9 2 0 | |

## 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 0 0 1 2 1 5 | | | | | |

## 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 - 08 - 11 / 13 : 08: 30

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 RODRIGUEZ MILLAN MARTHA EDITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| | 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** | 1071 DE 2023 | | | |
| **CONTRATISTA:** | MARTHA EDITH RODRIGUEZ MILLAN | | **NIT / C.C No. :** | 52171798-0 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS EN EL MODULO DE CALIDAD | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $22.086.256 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | **2023-08-29** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | **120** |
| **FECHA DE INICIO:** | **2023-08-30** | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | **2023-12-29** |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | **2023-08-30** | **HASTA:** | **2023-09-29** |
| **PAGO NÚMERO:** | **1** | | **DEPENDENCIA:** | **Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.** |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **ANDREY FORERO ESPINOSA** | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACCIONES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** |
| **1** | **Apoyar el análisis y estudio técnico especializado de los documentos aportados por el interesado para la obtención de los registros sanitarios, renovaciones, tramites asociados y Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de vacunas, biosimilares y medicamentos biotecnológicos, en concordancia al plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia, así como proyectar el componente técnico del acto administrativo respectivo.** | 1. Estudios de Tramites asociados a Modificaciones de Registro Sanitario de Medicamentos Biológicos y Respuestas a Auto. | **1.1** Estudio modificación alta complejidad Radicado 20201212604<br>Tiempo **5 <u>días</u>**<br><br>**1.2** Estudio respuesta a auto Radicado 20201204164, modificación de mediana complejidad<br>Tiempo **<u>1 día</u>**<br><br>**1.3** Estudio modificación alta complejidad Radicado 20221279342<br>Tiempo **<u>5 días</u>**<br><br>**1.4** Estudio modificación alta complejidad Radicado 20221279345<br>Tiempo **<u>5 días</u>** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **1.5** Estudio modificación alta complejidad Radicado 20221279354<br>Tiempo 4**.5 días**<br><br>**Tiempo total de las actividades: 20.5 días.** |
| **2** | **Evaluar los módulos de comparabilidad analítica de las solicitudes de Registro Sanitario Nuevo y Renovaciones de productos biosimilares, biológicos y biotecnológicos, conforme a la normatividad vigente y en línea con las guías y conceptos globales adoptados para su estudio** | **----------** | **----------** |
| **3** | **Asistir a las actividades de articulación intrainstitucionales para la unificación de conceptos con las diferentes áreas involucradas en los procesos de evaluación de registros nuevos y trámites asociados.** | **----------** | **----------** |
| **4** | **Preparar y ejecutar las actividades de gestión del conocimiento relacionados con las funciones del grupo de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos, conforme al cronograma de trabajo establecido por el supervisor del contrato** | **2.1** Inducción normatividad relacionada con Medicamentos Biológicos y Radiofármacos.<br>Tiempo**: 2 día**<br><br>2.2 Validación de metodologías analíticas.<br>Tiempo: **0.5 días** | Tiempo total de las actividades: **2.5 días** |
| **5** | **5. Evaluar el módulo de calidad de la información allegada en el ejercicio de diálogos tempranos en las solicitudes de ASUE.** | **----------** | **----------** |
| **6** | **Apoyar en la implementación de nuevas guías de evaluación técnica conforme a las nuevas tecnologías y en línea con el estado del arte del desarrollo de medicamentos biológicos y biotecnológicos.** | **----------** | **----------** |
| **7** | **Apoyar en el análisis y evaluación para la emisión de conceptos, que servirán a la autoridad sanitaria para la** | **----------** | **----------** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **adopción de resoluciones, decretos y demás instrumentos que posteriormente serán emitidos por el Ministerio de Salud de acuerdo con el objeto contractual.** | | |
| **8** | **Brindar apoyo en la construcción de los reglamentos técnicos, guías, formatos y normas relacionadas con los productos en relación con el objeto del contrato.** | **----------** | **----------** |
| **9** | **Apoyar en las actividades de intercambios de información y/o experiencia técnica científica con organismos nacionales e internacionales, públicos o privados en materia de registros sanitarios y trámites asociados de los productos objeto del contrato.** | **----------** | **----------** |
| **10** | **Apoyar en la realización de actividades técnicas de socialización a usuarios internos y externos relacionados con el proceso de Registros Sanitarios de vacunas, biosimilares y medicamentos biotecnológicos según le sean designados por la dependencia.** | **----------** | **----------** |
| **11** | **Apoyar en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto, con relación a la gestión del proceso de registros sanitarios, trámites asociados y temas relacionados a los mismos, de acuerdo a su experticia técnica y aportando los soportes correspondientes** | **----------** | **----------** |
| **12** | **Registrar y actualizar la información correspondiente a los trámites en la base de datos de Registros Sanitarios y demás sistemas de información que disponga la** | **----------** | **----------** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **entidad para la toma de decisiones gerenciales.** | | |

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

## 3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

| ITEM | No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | N/A | N/A | N/A | N/A |

## 4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud y pensión 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5.521.564 | 1.160.000 | 30 | 336.700 | 9456179750 | Aportes en línea |

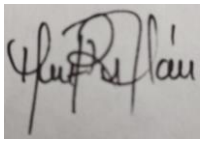
## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 22.086.256 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $5.521.564 |
| Saldo del contrato | $16.564.692 |

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

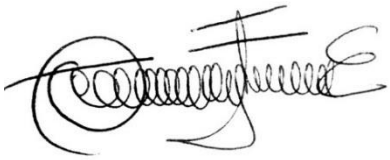
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1 | x | |

Atentamente,



**Martha Edith Rodrìguez Millán**

Recibí a satisfacción:



**ANDREY FORERO ESPINOSA**
**COORDINADOR GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS BIOLOGICOS Y RADIOFARMACOS DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS**
**Supervisor del Contrato 1071 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** | **MARTHA EDITH RODRIGUEZ MILLAN** | **NIT/ CC No.** | 52171798-0 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | mrodriguezm@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3003216920 |
| **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** | **1071 de 2023** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **29/12/2023** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS EN EL MODULO DE CALIDAD.** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **29/08/2023** | **FECHA DE INCIO** | **30/08/2023** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **29/12/2023** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 22.086.256** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 22.086.256** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.521.564** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 16.564.692** | **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** | **(30 de Agosto de 2023- 29 de Septiembre de 2023)** |
| **BANCO** | **Bancolombia** | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | 03567477605 |

**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)**

No aplica

**3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**En mi calidad de supervisor** (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

**Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Informe de actividades** | SI | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | N/A | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | **Documentos a cargo** | N/A | |
| **Carné** | N/A | **Otros. Cuales?** | N/A | |

N/A

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | | **9456179750** | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **2023-08** | **18/09/2023** | **$ 145.000** | **NUEVA EPS** |
| **PENSIÓN** | **2023-08** | **18/09/2023** | **$ 185.600** | **COLPENSIONES** |
| **ARL** | **2023-08** | **18/09/2023** | **$ 6.100** | **POSITIVA** |

*Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales.* ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

**5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

***(El supervisor 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** | **fecha** |
| | 2023 | 10 | 6 | |



**ANDREY FORERO ESPINOSA**

**COORDINADOR DEL GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS BIOLOGICOS**

| | |
|---|---|
| **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.