	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	*015 de 2024*			
CONTRATISTA:	**Diana Marcela Gil González**		**NIT / C.C No. :**	*53.076.614*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA EN LA GESTIÓN DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS, Y GESTIÓN DE ALERTAS E INFORMES DE SEGURIDAD DE FARMACOVIGILANCIA EN EJECUCIÓN DEL FORTALECIMIENTO DE LA RED NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA EN LA VIGILANCIA POSTCOMERCIALIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	Treinta y ocho Millones seiscientos cincuenta y cuatro mil pesos M/CTE ($38’654.000).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-09**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**210**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-10**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-08-09**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-01-10**	**HASTA:**	**2024-02-09**
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	**DMPB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**WILLIAM SAZA LONDOÑO**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Apoyar, gestionar y aplicar las guías de gestión de reportes de eventos adversos asociados al uso de medicamentos y vacunas, y gestión de alertas e informes de seguridad de farmacovigilancia, establecidas en el MIPG.**	Revisión de conceptos WhoDrug, base de datos y base de registros sanitarios	reunión virtual programada en teams
		Revisión de instructivos asociados a eReporting industria, cargue XML, inscripción a eRepoting industria, MedDRA y WhoDrug	lectura y capacitación y desarrollo de curso de UMC
		REVISION PROYECTO FARMACOVIGILANCIA 2024	reunión virtual programada en teams
		Elaboración base de registros sanitarios -WhoDrug actualizada a Dic 2023	pendiente completar campos sin información
2	**. Adelantar, gestionar y apoyar el desarrollo de las actividades técnicas necesarias para la ejecución, gestión y cumplimiento del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Nacional de Farmacovigilancia, acorde al objeto del contrato.**	Indicador de gestión de alertas sanitarias y visitas, salidas no conformes del mes de diciembre de 2023	correo enviado a Danaida Sandoval
		Base de inscritos al Programa Nacional de Farmacovigilancia con corte Dic.23	correo enviado a Jaime Alberto hernandez
		Reunión de grupo "Ciberataque Vigiflow"	reunión virtual programada en teams
		Revisión Circular N°2000-003-2024 - Necesidades de Capacitación y Entrenamiento 2024	reunión virtual programada en teams
		Reunión envío de necesidades de capacitación 2024 y publicación en kawak de las necesidades	reunión virtual programada en teams
		Elaboración comunicado acceso a la plataforma vigiflow y su interfaz eReporting industria	documento trabajado con pilar pacheco

3.	**Proyectar y/o revisar conceptos técnicos para la proyección de las alertas sanitarias según las diferentes fuentes de información establecidas en los procedimientos y guías.**	indicador alertas sanitarias publicadas en enero 2024 y salidas no conformes	archivo enviado a Danaida Sandoval
		Revisión bases de datos abiertos de alertas sanitarias, visitas	correo enviado a Vivian Alape
4.	**Acompañar, gestionar o desarrollar las visitas de seguimiento al Programa Nacional de Farmacovigilancia en Laboratorios de Medicamentos, IPS y APB Farm para cumplir con las metas POA.**	Consolidados bases de usuarios inscritos al programa nacional de farmacovigilancia con corte a enero 2024	bases de datos subidas en el one drive del grupo
		Seguimiento eReporting Industria	reunión presencial con María Victoria Urrea
		Indicador de educación sanitaria (capacitaciones y asist. Técnicas) y POA de enero 2024	documentos enviados a Danaida Sandoval y publicados en one drive
5.	**Revisar y gestionar la evaluación de las señales que se detecten para los medicamentos y vacunas revisando la base de datos de reporte de la plataforma VigiFlow, en ejercicio de su profesión.**	Revisión de casos asociados al medicamento Pentoxifilina reportados en vigiflow 2020 a 2022	complemento a respuesta de correspondencia con Rad. 20241010188
		Pruebas validación WHODrug Insight review C3 (7 ejercicios)	reunión virtual programada en teams
6.	**Apoyar en la proyección, elaboración y/o actualización de los procedimientos, instructivos, guías y formatos en el sistema de gestión de calidad para la implementación del Programa Nacional de Farmacovigilancia y la vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación.**	Reunión y consolidado informe de gestión 2023 con corte a diciembre	Reunión virtual programada en teams y documento final enviado al coordinador del grupo
		Seguimiento a documentos para publicación en kawak	correos a Danaida Sandoval y reunión virtual programada en teams
		Conclusiones reunión "SOCIALIZACION DIAGNOSTICO Y TALLER LINEAMIENTOS PARA GESTIÓN DE PROYECTOS"	reunión virtual programada en teams
		Análisis de observaciones actualización de resolución (1 al 84)	documento en one drive plantilla de observaciones
		Publicación en kawak 2 documentos IVC-VIG-GU8 V4 IVC-VIG-GU008-Guía de visitas de seguimiento a la implementación de los programas de farmacovigilancia en instituciones prestadoras de salud y IVC-VIG-GU12 V1 IVC-VIG-GU12-Guía de visitas de seguimiento a la implementación de los programas de farmacovigilancia en establecimiento de industria farmacéutica	kawak
7.	**Proyectar y/o revisar la información técnica en los temas relacionados con Farmacovigilancia como respuesta a las peticiones, inquietudes y/o consultas realizadas por los usuarios, radicados en los distintos canales de comunicación dispuestos por el Instituto.**	Solicitud base de usuarios y contraseñas de Farmacovigilancia actualizada	base de datos revisada con ingeniero de tecnologías de la información
		Atención a usuario N° 41883 BIOMARIN COLOMBIA LTDA	reunión virtual programada en teams y acta de reunión
		Atención a usuario N° 41727 Heel Colombia Ltda.	reunión virtual programada en teams y acta de reunión
		Atención a usuario N° 41955 Electroquímica West S.A.	reunión virtual programada en teams y acta de reunión
		Revisión de correo reportefv y solicitudes asociadas a eReporting industria	reunión presencial con pilar pacheco
8.	**Revisar y gestionar la evaluación de los reportes de eventos adversos**	Revisión proyecto DMC 2024 y consolidado en planner	planner grupo de farmacovigilancia

	asociados a medicamentos, vacunas, productos Fitoterapéuticos, homeopáticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines a su naturaleza.	Revisión proyecto Farmacovigilancia y consolidado en planner	planner grupo de farmacovigilancia
		Revisión de cargue XML - reportes de Jassen	revisión en aplicativo de eReporting industria y correos con Salvador Alvarado
9.	**Proyectar y/o revisar conceptos técnicos para las reuniones y/o comités en materia de Farmacovigilancia en que sea invitado**	Entrega Proceso e-Reporting Industria	reunión virtual programada en teams
		Seguimiento eReporting Industria	reunión virtual programada en teams
10.	**Apoyar en la gestión y desarrollo de las consultas adelantadas por los usuarios en los temas asociados a la Farmacovigilancia y los procesos de vigilancia post comercialización**	Apoyo revisión y consolidado matriz de observaciones actualización resolución	documento enviado al coordinador del grupo
		Reunión Farmacovigilancia (revisión de observaciones actualización de resolución)	reunión virtual programada en teams
		Revisión 2 Resolución 2024 - Observaciones	reunión virtual programada en teams
		Revisión observaciones - Resolución FV	reunión virtual programada en teams
		Última reunión revisión Resolución FV - Observaciones	reunión virtual programada en teams
		Respuesta a correspondencia con Rad. 20241010188, Rad. 20241020037, Rad. 20241004641	respuestas en sesuit

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

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

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

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

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de Enero del año 2024.

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	$5.200.000	$1.546.160	21	$483.000	74686071	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 38.654.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.200.000
Saldo del contrato	$ 33.454.000

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
Diana Marcela Gil González
Contratista
C.C. No. 53.076.614

Recibí a satisfacción:

Firma
WILLIAM SAZA LONDOÑO
Coordinador del Grupo de Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Invima
Supervisor Contrato 015 de 2024

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	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	**DIANA MARCELA GIL GONZALEZ**	**NIT/ CC No.**	53076614-1
CORREO ELECTRÓNICO	dgilg@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3046419660
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	**015 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**210 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA EN LA GESTIÓN DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS, Y GESTIÓN DE ALERTAS E INFORMES DE SEGURIDAD DE FARMACOVIGILANCIA EN EJECUCIÓN DEL FORTALECIMIENTO DE LA RED NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA EN LA VIGILANCIA POSTCOMERCIALIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**20204-01-09**	**FECHA DE INCIO**	**20204-01-10**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**20204-08-09**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 38.654.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 38.654.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.200.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 33.454.000**	**VALOR PAGADO**	**5.200.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(10 de enero al 09 de febrero del 2024)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**94674475491**

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	NO	
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		**74686071**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Enero**	**2024-02-12**	**$ 193.300**	**Compensar**
PENSIÓN	**Enero**	**2024-02-12**	**$ 247.400**	**Porvenir**
ARL	**Enero**	**2024-02-12**	**$ 8.100**	**Positiva**
Caja de compensación	**Enero**	**2024-02-12**	**$ 31.100**	**Compensar**

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

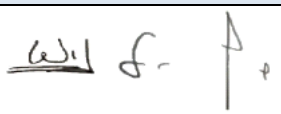
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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.

	AAAA	MM	DD
Fecha de expedición de la presente certificación:	2024	2	12



WILLIAM SAZA LONDOÑO
Coordinador del Grupo de Farmacovigilancia
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 **DIANA MARCELA GIL GONZALEZ**, identificada con **CC** número **53076614**, aportó por el empleado **DIANA MARCELA GIL GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **53076614** 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 01 - 2024 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	$1,546,160	0.02000	$31,000	$0	$0	Enero - 2024	74686071	12/02/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,546,160	0.12500	$193,300	$0	$0	Enero - 2024	74686071	12/02/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,546,160	0.16000	$247,400	$0	$0	Enero - 2024	74686071	12/02/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,546,160	0.00522	$8,100	$0	$0	Enero - 2024	74686071	12/02/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Febrero** de **2024**

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

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

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Diana Marcela Gil Gonzalez
Identificación: 53.076.614

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI (X) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI (X) NO ( )

2. 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

   2.1. Declaro que: SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

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

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No.__N.A.____.

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

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta ____N.A.___

6. 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 6 marco **S**I diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. 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

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Luciana Fernanda Cicery Gil	12	Hija	T.I.	1.072.701.738

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 ($1,506,080) por concepto de dependientes.

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

   8.1. 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) anexo certificación.

   8.2. 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) anexo certificación.

   8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.
   8.2.2. 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 mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con 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 estos 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 _12_ días del mes de _Febrero__ del _2024____

Firma: _____
Nombres y Apellidos: ___Diana Marcela Gil González_____
C.C. ____53.076.614__

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14903878615

(415)7707212489984(8020) 000001490387861 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 3 0 7 6 6 1 4	2 0 0 3 0 9 0 8

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
GIL	GONZALEZ	DIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 5 1 B 72 CONJ VALDIVIA II CA 106

42. Correo electrónico: dianiggonzalez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 6 4 1 9 6 6 0	3 0 4 6 4 1 9 6 6 3

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 0 9 1 2 0 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 - 03 - 21 / 10 : 42: 18

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GIL GONZALEZ DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Lunes, 12 de febrero de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA MARCELA GIL GONZALEZ identificado(a) con CC 53076614, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	94674475491	2011-09-27	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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) DIANA MARCELA GIL GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 53076614, canceló la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS ($2.337.300,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2023

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parent.	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
DIANA MARCELA GIL GONZALEZ	CC - 53076614	TR	$ 1,113,000	$ 55,650	$ 1,168,650
LUCIANA FERNANDA CICERY GIL	TI - 1072701738	HI	$ 1,113,000	$ 55,650	$ 1,168,650
Total			**$ 2,226,000**	**$ 111,300**	**$ 2,337,300**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 9 días del mes de febrero de 2024.

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 12742609

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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) DIANA MARCELA GIL GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 53076614, funcionario(a) de DIANA MARCELA GIL GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/07/2022 hasta 30/06/2023 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS ($2.589.300,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/07/2022 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
18055706	20220825	$ 197,820
18090962	20220825	$ 197,820
18090963	20220918	$ 197,820
18090964	20221019	$ 197,820
18090965	20221219	$ 197,820
18090966	20221219	$ 197,820
19100493	20230221	$ 233,730
19100494	20230221	$ 233,730
19100495	20230309	$ 233,730
19100496	20230424	$ 233,730
19100497	20230512	$ 233,730
19100498	20230613	$ 233,730
Total		**$ 2,589,300**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 9 días del mes de febrero de 2024.

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: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13161909

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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) DIANA MARCELA GIL GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 53076614, funcionario(a) de DIANA MARCELA GIL GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/07/2023 hasta 30/06/2024 por el cual ha cancelado la suma de NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS ($934.920,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/07/2023 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
19972623	20230726	$ 233,730
19998801	20230809	$ 233,730
19998802	20230903	$ 233,730
19998803	20231010	$ 233,730
Total		**$ 934,920**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 9 días del mes de febrero de 2024.

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 13161913

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio