	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	**NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN**	**NIT/ CC No.**	46.371.968
CORREO ELECTRÓNICO	npachecop@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3002990204
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	**016 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**210 días**
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 FARMACOVILANCIA EN LA VIGILANCIA POSTCOMERCIALIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-09**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-10**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-08-09**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 38.654.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 33.132.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 27.610.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 11.044.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**10 de febrero al 09 de marzo de 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**176270032251**

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	N/A		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**4539237237**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO**	**2024-03-05**	**$ 276.100,00**	**SANITAS**
PENSIÓN	**FEBRERO**	**2024-03-05**	**$ 353.500,00**	**PORVENIR**
ARL	**FEBRERO**	**2024-03-05**	**$ 11.600,00**	**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

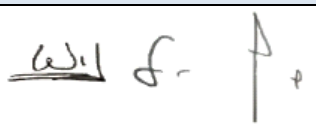
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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**	
	2024	3	12	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

WILLIAM SAZA LONDOÑO

Coordinador Grupo de Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

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	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	***016 de 2024***			
CONTRATISTA:	NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN		**NIT / C.C No. :**	*46.371.968*
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 FARMACOVILANCIA 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 DÍAS**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-10**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-08-09**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-02-10**	**HASTA:**	**2024-03-09**
PAGO NÚMERO:	**02**		**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.	Desarrollo de actividades de educación sanitaria y visitas dirigidas a Instituciones prestadoras de servicios de salud Visitas IPS Departamento CESAR Visitas IPS Departamento ANTIOQUIA Ejecución pruebas XML transmisión de archivos E2B GUERBET, PROCTER, GILEAD y JANSSEN	Programación Teams Documentos soporte Carpeta compartida (visitas IPS, avance usuarios e Reporting Industria)
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.	Seguimiento a solicitudes usuario e-Reporting industria, creación de usuario y/o retroalimentación a través de email o citas de atención virtuales para resolución inquietudes, activación e implementación de reporte interfaz industria.	Actas Cita atención usuario soporte Carpeta compartida Documentos soporte carpeta compartida, e-Reporting Industria, Datos abiertos, respuestas email reportefv@invima.gov.co

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
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.	Verificación de alertas sanitarias e información de seguridad de los medicamentos publicada por el Invima en las IPS visitadas, procesos de divulgación y acciones tomadas	Registro en actas de visita y observaciones generadas como parte de la educación sanitaria
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.	De acuerdo a cronograma establecido se realizan visitas de seguimiento a los programas institucionales de farmacovigilancia de cuatro (4) IPS jurisdicción ET del CESAR y cuatro (4) IPS de jurisdicción ET ANTIOQUIA	Documentos soporte carpeta compartida Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 010**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 011**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 012**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 No. **013**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 No. **014**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 016**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 017**, Acta de Visita GDI-DIE-FM001 **No. 018** y sus respectivos Listados de Asistencia según Formato GDI-DIE-FM20
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 posibles señales asociadas a los medicamentos allegadas a través de email reportefv@invima.gov.co por parte de la Industria farmacéutica y/o a través de las IPS visitadas.	Documentos soporte carpeta compartida, e-Reporting Industria, respuestas email reportefv@invima.gov.co
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.	Respuesta a observaciones allegadas, a través de herramientas de comunicación por parte de los programas de Farmacovigilancia y Titulares de Registro Sanitario, Fabricantes y/o importadores, de acuerdo a guías y formatos documentados.	Respuestas email reportefv@invima.gov.co
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.	Se da apoyo y respuesta en los términos legales establecidos a las consultas remitidas por los usuarios a través de los diferentes canales como son correo electrónico (reportefv@invima.gov.co) y las Citas de atención a usuario asignadas	Correos enviados desde reportefv@invima.gov.co Notificación Se Suite respuestas radicados. Usuarios y Accesos habilitados en e-Reporting Industria.

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
		Respuestas proyectadas y gestionadas a través de Se suite: PQRDS - 20241003403 PQRDS - 20241044275 Respuesta Rad 20241007390 Respuesta Rad 20241011460 Seguimiento a solicitudes usuario e-Reporting industria, creación de usuario y/o retroalimentación a través de email para activación e implementación de reporte plataforma Vigiflow	
8	Revisar y gestionar la evaluación de los reportes de eventos adversos asociados a medicamentos, vacunas, productos Fitoterapéuticos, homeopáticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines a su naturaleza.	Se realiza revisión y análisis de eventos adversos y demás PRM notificados en plataforma Vigiflow, clasificados como GRAVES de acuerdo asignación.	PRM asignados según ID plataforma Vigiflow: CO-INVIMA-300269950 CO-INVIMA-300270316 CO-INVIMA-300274310 CO-INVIMA-300274657 Soportes remitidos Correo evaluación plataforma Vigiflow
9	Proyectar y/o revisar conceptos técnicos para las reuniones y/o comités en materia de Farmacovigilancia en que sea invitado	Reuniones semanales de seguimiento a requerimientos e-Reporting Industria De acuerdo a programación se asiste al 100% de reuniones agendadas con el objeto de revisar cronograma y contenido para el desarrollo de las actividades de educación sanitaria dirigidas a entes territoriales e IPS,	Programación 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.	Cita No. 42501 Farmacovigilancia - Atención Clínica de Occidente. Cita No. 42816 Farmacovigilancia - Atención usuarios ORGANON DE COLOMBIA. Cita No. 43172 Farmacovigilancia - Atención usuarios **INS.** Cita No. 43005 Farmacovigilancia - Atención	Programación Teams Formato Atención ciudadano AIC-AST-FM002 – registro de cada reunión agendada.

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
		usuarios radio farmacia Clínica de Occidente- Cali	

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
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 **FEBRERO** 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)**
02	$5.522.000.oo	$2.208.800.oo	30	$641.200.oo	4539237237	ACH SOI

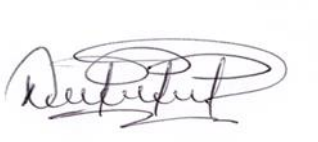
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$33.132.000.oo**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 11.044.000.oo**
Saldo del contrato	**$27.610.000.oo**

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	
02	X	

Atentamente,



Firma
NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN
Contratista
C.C. No. 46.371.968

Recibí a satisfacción:



Firma
WILLIAM SAZA LONDOÑO
Coordinador Grupo de Farmacovigilancia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 016 de 2024

Bogotá D.C., 11 de marzo de 2024

Doctor:
WILLIAM SAZA LONDOÑO
Coordinador del Grupo de Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Cordial saludo Dr. William:

Por medio del presente pongo en su conocimiento el Informe de las actividades y/u obligaciones desarrolladas y ejecutadas por el suscrito durante la **SEGUNDA** mensualidad (Período comprendido entre el 10 de febrero al 9 de marzo de 2024), conforme a lo previsto en el contrato de prestación de servicios No 016 de 2024, según el Plan de Ejecución de las actividades contractuales correspondientes a la mensualidad certificada descrita así:

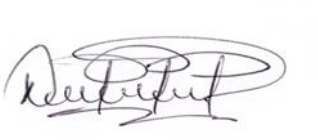
ACTIVIDAD	FRECUENCIA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO (MIN)
Apoyo en actividades técnicas a usuarios en temas de Farmacovigilancia –	4	Atención de cita plataforma Teams y elaboración de acta • Cita No. 42501 Farmacovigilancia - Atención Clínica de Occidente. • Cita No. 42816 Farmacovigilancia - Atención usuarios ORGANON DE COLOMBIA. • Cita No. 43172 Farmacovigilancia - Atención usuarios **INS.** • Cita No. 43005 Farmacovigilancia - Atención usuarios radio farmacia Clínica de Occidente- Cali	320
Apoyo en actividades técnicas a usuarios en temas de Farmacovigilancia	14	Gestión formulario solicitud usuarios industria y Creación de usuarios e-Reporting industria: GALDERMA DE COLOMBIA DENK PHARMA GMBH – INCOBRA NTI NEW TRADE INTERNATIONAL SAS GESTION PHARMA S.A.S INVERSIONES SALUD ANTIOQUIA AG PHARMACEUTICAL SAS NEW MEDICAL GROUP HEEL COLOMBIA LTDA KEDRION DE COLOMBIA SAS DUTCH CANNA SAS ADIUM SAS Reunión semanal seguimiento e-Reporting industria	900

Apoyo en actividades técnicas a usuarios en temas de Farmacovigilancia	138	Revisión, gestión y respuesta a solicitudes allegadas correo reportefv@invima.gov.co: farmacovigilancia industria, IPS, profesionales independientes y establecimientos farmacéuticos, aula virtual, Sivicos, reportes sin eventos.	4200
Participación reuniones DE PLANEACIÓN farmacovigilancia	8	Reunión semanales de seguimiento a requerimientos e-Reporting Industria Reunión revisión transmisión archivos XML e-Reporting Industria (12 de febrero) Reunión trabajo en equipo Grupo de Farmacovigilancia, planeación y ejecución de actividades, revisión reportes Vigiflow - Vigilyze. (19 de febrero, 5 y 8 de marzo)	780
Visitas de seguimiento Programas institucionales de farmacovigilancia	8	Cuatro (4) IPS jurisdicción ET de CESAR (20, 21, de febrero) y cuatro (4) IPS de jurisdicción ET ANTIOQUIA (23, 26, 27 y 28 de febrero)	1920
Proyectar y/o revisar la información técnica en los temas relacionados con Farmacovigilancia	4	Verificación de transmisión pruebas XML archivos E2B Industria Farmacéutica: GUERBET PROCTER GAMBLE GILEAD JANSSEN	480
Atención correspondencia SESUITE	4	Respuestas proyectadas y gestionadas a través de Se suite: PQRDS - 20241003403 PQRDS - 20241044275 Respuesta Rad 20241007390 Respuesta Rad 20241011460	420
Revisar y gestionar la evaluación de los reportes de eventos adversos	4	Se realiza revisión y análisis de eventos adversos y demás PRM notificados en plataforma Vigiflow, clasificados como GRAVES CO-INVIMA-300269950 CO-INVIMA-300270316 CO-INVIMA-300274310 CO-INVIMA-300274657	240

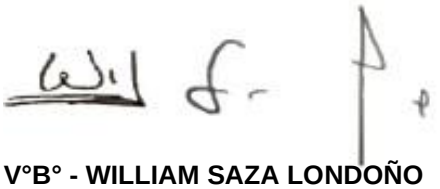
TOTAL, TIEMPO INVERTIDO: 9260 MIN

Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios No 016 de 2024.

Atentamente,



NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN
C.C 46.371.968
Celular : 3002990204
Contratista.



V°B° - WILLIAM SAZA LONDOÑO
Coordinador del Grupo de Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
INVIMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46371968
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHON
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 9 77-36	TELÉFONO:	7405030
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4539237237**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997902927

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 353.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 353.500	$ 0	$ 353.500
SUBTOTALES:										**$ 353.500**	**$ 0**	**$ 353.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 276.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 276.100	$ 0	$ 0	$ 276.100
SUBTOTALES:													**$ 276.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 276.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.600	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 11.600
SUBTOTALES:									**$ 11.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46371968	PACHECO PACHON NARCISA DEL PILAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.208.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.208.800	$ 353.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 353.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.208.800	$ 276.100	$ 0	$ 276.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.208.800	46371968	$ 11.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 641.200**

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: NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN
Identificación: CC # 46.371.968

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._____.

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 _____

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 ( )%

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
SARA VALENTINA GONZÁLEZ PACHECO	21	HIJA	CC	1.002.330.077
MARIANA ANDREA GONZÁLEZ PACHECO	15	HIJA	TI	1.150.434.614

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 ( ) 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) 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 _**11**_ días del mes de _**marzo**_ del _**2024**_



Firma: _____
Nombres y Apellidos: __NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN__
C.C. _46.371.968_

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14905986227

(415)7707212489984(8020) 000001490598622 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 6 3 7 1 9 6 8	2	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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	4 6 3 7 1 9 6 8	1 9 9 3 1 0 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PACHECO	PACHON	NARCISA	DEL PILAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 3 ESTE 39 08 AP 501 CON ZYTAHUNZA

42. Correo electrónico: PILIPAPA2004@YAHOO.ES

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

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
8 2 1 1	2 0 2 3 0 2 2 7	7 4 9 0	2 0 2 3 0 2 2 7				2 1 1 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

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 - 30 / 10 : 25: 14

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 PACHECO PACHON NARCISA DEL PILAR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO