invima	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	**Jairo cesar sarmiento**	**NIT/ CC No.**	5972304
CORREO ELECTRÓNICO	jsarmiento@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3214833048
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	499 de 2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2024-08-12
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-02-12	**FECHA DE INCIO**	2024-02-13	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2024-08-12

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 18.000.000	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 18.000.000	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.000.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 15.000.000	**VALOR PAGADO**	3.000.000	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	N/A	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(13 de febrero al 12 de marzo del 2024)**
BANCO	caja social	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	24105952468

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)

N/A

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	

Indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		9463034605		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	2024-02	2024-02-19	$103.000	COMPENSAR
PENSIÓN	2024-02	2024-02-19	$131.800	COLPENSIONES
ARL	2024-02	2024-02-19	$4.300	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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución 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 periodo 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	15	

Ricardo Lagos	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA MM DD
RICARDO ALFONSO LAGOS BONILLA COORDINADOR GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA	**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	*499 de 2024*			
CONTRATISTA:	Jairo Cesar Sarmiento		**NIT / C.C No. :**	*5972304*
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024			
VALOR DEL CONTRATO	$18.000.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-02-12		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	180
FECHA DE INICIO:	2024-02-13		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-08-12
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-02-13	**HASTA:**	2024-03-12
PAGO NÚMERO:	1		**DEPENDENCIA:**	Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Ricardo Alfonso Lagos Bonilla			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1.	Brindar apoyo a las dependencias del Instituto en la clasificación, organización, foliación, preparación y alistamiento de la documentación objeto de transferencias documentales primarias al archivo central.	**Se realiza apoyo en la organización de la serie de Procesos sancionatorios de la oficina de Responsabilidad Sanitaria cajas intervenidas: 45/49/55/57/61/65/69/71/75/80/82/83/90/96/95/ Se apoya la ordenación de la serie Autorizaciones de Publicidade de los años 2015 y 2016 en los meses de Marzo , junio y julio.**	**El acta de la labor la tiene el coordinador del grupo de gestión documental**
2.	Efectuar el punteo del material documental objeto de Transferencias Documentales Primarias versus Inventarios FUID.	**Se realiza punteo en fuid de la serie Instrumentos de control y Manuales de Procesos Laboratorio de Micro de Medicamentos**	Obligación N°2 **Se adjunta Acta**
3.	Elaborar inventario correspondiente de las Transferencias Documentales Primarias ejecutadas en cada dependencia.	**Se apoya en la realización de inventrio de la seri de Dispositivos Medicos con un total de 586 registros**	Obligación N°3 **Se adjuntan Bases**
4.	Coadyuvar en la aplicación de Tablas de Retención Documental TRD, para determinar e identificar los	**N/A**	

	documentos de conservación permanente – conservación total CT, levantando los inventarios a que haya lugar y reportando las cantidades de documentos objeto de "eliminación" al profesional Transferencias Documentales.		
5.	Efectuar el control de calidad respecto del material documental objeto de transferencias documentales primarias versus inventarios FUID.	**N/A**	
6.	Apoyar al supervisor del contrato en la consolidación y reporte de información relacionada con el indicador de Transferencias Documentales Primarias formulado en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024.	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
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 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)
1	$3.000.000	823.334	19	$239.100	9463034605	Mi Planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$18.000.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$3.000.000
Saldo del contrato	$15.000.000

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
1		X

Atentamente,

Jairo cesar Sarmiento

Firma
Jairo Cesar Sarmiento
Contratista
C.C. No. 5.972.304

Recibí a satisfacción:

Ricardo Lagos

Firma
Ricardo Alfonso Lagos Bonilla
Coordinador
Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Supervisor(a) Contrato 489 de 2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14991611301

(415)7707212489984(8020) 000001499161130 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SARMIENTO		JAIRO	CESAR

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 27 43 F 06

42. Correo electrónico: jairosarmiento2015@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 5 7 7 6 8 6 6	3 2 1 4 8 3 3 0 4 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 0 5 2 8	9 1 0 1	2 0 1 2 1 2 2 8					

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 2024 - 03 - 14 / 14 : 19: 44

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 SARMIENTO JAIRO CESAR

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

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: Jairo Cesar Sarmiento
Identificación: 5972304

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 **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,506,080) 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 (**N/A**)% 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 (**X**)

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 D.C a los 07 días del mes de marzo del 2024.

Firma: Jairo Cesar Sarmiento
Nombres y Apellidos: Jairo Cesar Sarmiento
C.C. 5972304

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JAIRO CESAR SARMIENTO Identificado con CC 5972304

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina VENTURA TERREROS, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24105952468
Fecha de apertura:	15 de Mayo de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 14 de Marzo de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5972304		SARMIENTO JAIRO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 38 f 20-11 sur	SOACHA-CUNDINAMARCA	5776866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	54403505	9463034605	I	2024/03/04	2024/02/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$239,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$823,334	$131,800			$823,334	$103,000			$0	$0			$823,334	$4,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$823,334	$131,800			$823,334	$103,000			$0	$0			$823,334	$4,300		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$823,334	$131,800			$823,334	$103,000			$0	$0			$823,334	$4,300		$0	$0
1	CC 5972304	SARMIENTO JAIRO	25-14	19	$823,334	$131,800	EPS008	19	$823,334	$103,000		0	$0	$0	14-23	19	$823,334	$4,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$823,334	$131,800			$823,334	$103,000			$0	$0			$823,334	$4,300		$0	$0

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 5972304		SARMIENTO JAIRO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 38 f 20-11 sur	SOACHA-CUNDINAMARCA	5776866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	54403505	9463034605	I	2024/03/04	2024/02/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$239,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,800	$0	$0	$131,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$131,800	$0	$0	$131,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,300	$0	$0	$4,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,300	$0	$0	$4,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,000	$0	$0	$103,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$103,000	$0	$0	$103,000
TOTAL				**1**	**$239,100**	**$0**	**$0**	**$239,100**