	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	**Margot Cecilia Parra Galindo**		**NIT/ CC No.**	51870703	
CORREO ELECTRÓNICO	**mparrag@invima.gov.co**		**TELÉFONO**	3124385340	
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	**(464- 2024)**		**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**(Seis (6) meses)**	
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA**				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-02-05**	**FECHA DE INCIO**	**2024-02-05**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-08-04**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 13.200.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 13.200.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.200.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 11.000.000**	**VALOR PAGADO**	**2.200.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(05 de febrero al 04 de marzo del 2024)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**2870529472**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

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

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI		**Facturas**	N/A	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**74878653**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Febrero**	2024-03-04	**162.500**	**Sanitas**
ARL	**Febrero**	2024-03-04	**6.800**	**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	5	



JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS
JEFE (E) DE OFICINA DE ATENCION AL CIUDADANO - SUPERVISIÓN DEL CONTRATO 464 DE 2024

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO	CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcita_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	04/03/2024	74878653	$169.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	169.300	169.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO	CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcita_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	04/03/2024	74878653	$169.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51870703	PARRA GALINDO MARGOT CECILIA	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888971031

(415)7707212489984(8020) 000001488897103 1

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

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
PARRA	GALINDO	MARGOT	CECILIA

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 53 D 4 B 18

42. Correo electrónico: margotcita_22@hotmail.com

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

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 2 1 0 1 9						

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 - 01 - 18 / 11 : 57: 48

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 PARRA GALINDO MARGOT CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **28/02/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARGOT CECILIA PARRA GALINDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **51870703**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**002870529472**
Fecha de apertura	**22/11/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C Marzo del 2024

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: Margot Cecilia Parra Galindo
Identificación: 51.870.703 de Bogotá

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 (X) NO ( ), según resolución No.2023-17527246

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

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 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 ( )% para la deducción.

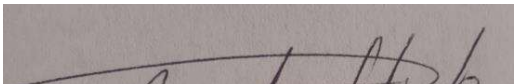
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (X)

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 al primer día del mes de marzo del 2024



	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	*(No. de contrato y año)* 464- 2024			
CONTRATISTA:	Margot Cecilia Parra Galindo		**NIT / C.C No. :**	*51870703*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA			
VALOR DEL CONTRATO	$13.200.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**05/02/2024**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO:	2024-02-06		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-08-05
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-02-06	**HASTA:**	2024-03-05
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Atención al Ciudadano**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Informar a la ciudadanía los trámites y servicios institucionales que requieran adelantar ante el INVIMA	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la **oficina Jorge William Gil Villegas**
2	Brindar apoyo en el desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos proyectados para la vigencia 2024.	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la **oficina Jorge William Gil Villegas**
3	Brindar apoyo en las respuestas de las consultas y peticiones competencia de la Oficina de Atención al Ciudadano y las asociadas al objeto contractual.	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la **oficina Jorge William Gil Villegas**
4	Apoyar en la elaboración del informe mensual que se debe presentar al supervisor del contrato alusivo a la ejecución y desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos.	Respuesta a peticiones presentadas por usuarios mediante orientación	Informe de actividades al jefe de la **oficina Jorge William Gil Villegas**

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
……			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.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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	2.200.000	1.300.000	30	169.300	74878653	Mi planilla

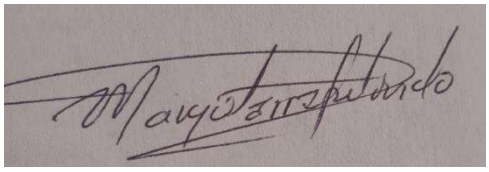
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	13.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	2.200.000
Saldo del contrato	11.000.000

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,



Firma
Margot Cecilia Parra Galindo
Contratista
C.C. No. 51.870.703

Recibí a satisfacción:



Firma
Jorge William Gil Villegas
Jefe Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 464 de 2024

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN NÚMERO 2024004198 DEL 2 DE FEBRERO DE 2024

«Por la cual se hace un Encargo en un empleo de Libre Nombramiento y Remoción de la planta de personal en la planta global del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima»

LA DIRECTORA GENERAL (E) DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA

En uso de sus facultades legales, especialmente las que le fueron conferidas por la Constitución Política de Colombia en su artículo 125, el Decreto 2258 del 22 de diciembre de 2023, la Ley 909 de 2004, el Decreto 780 de 2016, el Decreto 2078 y 2079 de 2012, La Ley 489 de 1998, la Ley 1437 de 2011 modificada por la Ley 2080 de 2021, y demás normas concordantes,

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 2024003682 del 31 de enero de 2024, fue aceptada la renuncia de la servidora pública **MIRIAM DEL CARMEN SAN MIGUEL CANTILLO** identificada con cédula de ciudadanía No. 45.489.406 en el empleo de Libre Nombramiento y Remoción denominado Jefe de oficina, Código 0137, Grado 19 adscrito a la Oficina de Atención al Ciudadano, a partir del 2 de febrero de 2024.

Que el artículo 1° de la Ley 1960 del 27 de junio de 2019 establece: "*Los cargos de libre nombramiento y remoción, en caso de vacancia temporal o definitiva, podrán ser provistos a través del encargo de empleados de carrera o de libre nombramiento y remoción, que cumplan los requisitos y el perfil para su desempeño*".

Que igualmente, en su artículo 1° de la Ley 1960 del 27 de junio de 2019, en lo referente al término de una vacancia definitiva establece *"En caso de vacancia definitiva el encargo será hasta por el término de tres (3) meses, prorrogable por tres (3) meses más, vencidos los cuales el empleo deberá ser provisto en forma definitiva."*

Que el artículo 2.2.5.3.1 del Decreto 1083 de 2015, establece en relación con la Provisión de las vacancias definitivas. Las vacantes definitivas en empleos de libre nombramiento y remoción serán provistas mediante nombramiento ordinario o mediante encargo, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del cargo.

Que, el servidor público **JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS** identificado con cedula de ciudadanía 1.072.492.091, es titular del empleo Técnico Administrativo, Cód. 3124 Grado 14 y actualmente desempeña sus funciones en el empleo Profesional Universitario Cód 2044 Grado 11 en el cual fue encargado por medio de resolución 2022001050 del 14 de enero de 2022, a partir del 15 de febrero de 2022.

Que, El Grupo de Talento Humano una vez revisó la hoja de vida del servidor público anteriormente mencionado, determinó que posee el perfil y la experiencia que exige el empleo de Libre Nombramiento y Remoción denominado Jefe de oficina, Código 0137, Grado 19 Adscrito a la Oficina de Atención al Ciudadano, en consecuencia, cumple con los requisitos que establece la Ley para ser encargado.

Que, en mérito de lo expuesto, este despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Dar por terminado el encargo en el empleo Profesional Universitario Cód 2044 Grado 11 en el cual fue encargado por medio de resolución 2022001050, a partir del 15 de febrero de 2022 al servidor público **JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS** identificado con cedula de ciudadanía **1.072.492.091.**

ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar del empleo de Libre Nombramiento y Remoción denominado Jefe de

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN NÚMERO 2024004198 DEL 2 DE FEBRERO DE 2024

«Por la cual se hace un Encargo en un empleo de Libre Nombramiento y Remoción de la planta de personal en la planta global del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima»

Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, al servidor público **JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS** identificado con cedula de ciudadanía **1.072.492.091**, quien desempeña sus funciones en el empleo Profesional Universitario Cód 2044 Grado 11, a partir del 2 de febrero de 2024, y con una asignación básica de **NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS MCTE ($9.919.559)**

PARÁGRAFO: Finalizado el presente encargo, o cuando el servidor renuncie al empleo de Libre Nombramiento y remoción o sea retirado del mismo antes del vencimiento del término del encargo, deberá asumir el empleo en el cual ostenta derechos de carrera administrativa.

ARTÍCULO TERCERO: Comunicar de manera inmediata la presente resolución al servidor Público **JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS,** por el medio más expedito.

ARTÍCULO CUARTO: Remitir copia del presente acto administrativo para lo de su competencia al Coordinador del Grupo de Soporte Tecnológico, al Coordinador del Grupo de Gestión Administrativa, y al Coordinador del Grupo Financiero y Presupuestal.

ARTÍCULO QUINTO: Los efectos de la presente resolución regirán de conformidad con las fechas contempladas en el artículo segundo de este acto administrativo.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., el 02 de febrero de 2024.

YENNY ADRIANA PEREIRA OVIEDO
Directora General (E)

Aprobó: Andrés Camilo Pardo Jiménez – Secretario General
Revisó: Carlos Romero – Asesor Secretaría General
Reviso: Angely Milena Merchán Guzmán – Profesional Especializado (E) Grupo de Talento Humano
Proyectó: Juliana Andrea Robayo Uribe- Abogada Grupo de Talento Humano

invima	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	SELECCIÓN Y VINCULACIÓN
	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS	
	Código: GTH-SVI-FM001 Versión: 04	Fecha de Emisión: 2023-02-28

1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE:	JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1.072.492.091
EMPLEO A PROVEER:	JEFE DE OFICINA, CÓDIGO 0137, GRADO 19
N° CARGO EN PLANTA:	35
TIPO DE VINCULACIÓN:	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN

2. REQUISITOS MÍNIMOS

Proposito:	Orientar la formulación de políticas, planes y programas para implementar procedimientos relacionados con la divulgación de información de interés público y manejo de medios de comunicación y los programas de Atención al Ciudadano; así como organizar, observar y controlar las actividades correspondientes a su área.

REQUISITOS DEL EMPLEO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE FUNCIONES DEL INVIMA		SOPORTES PARA CUMPLIMIENTO	APLICA LAS EQUIVALENCIAS (SI) (NO)	CUMPLE REQUISITOS(SI) (NO) - OBSERVACIONES
2.1. ESTUDIOS	Título profesional en disciplina académica del núcleo básico de conocimiento en: Administración; Economía; Contaduría Pública; Ingeniería de Sistemas, Telemática y afines; Ingeniería Industrial y afines; Ciencia Política, Relaciones Internacionales; Comunicación Social, Periodismo y Afines; Derecho y afines; Sociología, Trabajo Social y afines. Título de postgrado en la modalidad de especialización en áreas relacionadas con las funciones del cargo.	Contador Público 30/03/2017 Especialización en Auditoria y Control	NO	SI
2.2 TARJETA PROFESIONAL	Tarjeta o matrícula profesional, en los casos reglamentados por la Ley.	248394 -T		SI
2.3 EXPERIENCIA	Sesenta (60) meses de experiencia profesional relacionada.	61 MESES 18 DÍAS		SI
2.4 EQUIVALENCIA	Título profesional en disciplina académica del núcleo básico de conocimiento en: Administración; Economía; Contaduría Pública; Ingeniería de Sistemas, Telemática y afines; Ingeniería Industrial y afines; Ciencia Política, Relaciones Internacionales; Comunicación Social, Periodismo y Afines; Derecho y afines; Sociología, Trabajo Social y afines. Ochenta y cuatro (84) meses de experiencia profesional relacionada.	N/A		N/A

EXPERIENCIA EN ENTIDAD	EMPLEO	FECHA DE INICIO EXPERIENCIA (AAAA/MM/DD)	FECHA TERMINACIÓN EXPERIENCIA (AAAA/MM/DD)	TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA (AAAA/MM/DD)
Colegio Gustavo Rojas Pinilla	Servicios Profesionales	1/12/2016	15/09/2017	8 MESES 15 DÍAS
Academia Llano y Joropo LTDA	Servicios Profesionales	30/08/2019	30/05/2022	33 MESES 0 DÍAS
INVIMA	Profesional Universitario	31/05/2022	1/02/2024	20 MESES 1 DÍA
				0 MESES 0 DÍAS
				0 MESES 0 DÍAS
				0 MESES 0 DÍAS
				0 MESES 0 DÍAS
			TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN MESES	61 MESES 18 DÍAS

3.VERIFICACIÓN DOCUMENTOS PARA POSESIÓN (Los documentos con * son obligatorios antes del nombramiento)

Documento	Cumple (SI / NO)	Documento	Cumple (SI / NO)	Documento	Cumple (SI / NO)
FORMATO VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL APORTADA POR EL ASPIRANTE A VINCULACIÓN . *		COPIA TARJETA PROFESIONAL / CERTIFICADO DEL TRAMITE *		AFILIACIONES A ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES ARL	
ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO		COPIA DIPLOMA (S) O ACTA(S) DE GRADUACIÓN *		CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR EPS (SI APLICA)	
OFICIO O CORREO ELECTRÓNICO DE COMUNICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO		OTROS ESTUDIOS O CERTIFICACIONES *		CERTIFICADO A RÉGIMEN DE SALUD (EPS) *	
OFICIO O CORREO ELECTRÓNICO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL CARGO		EXPERIENCIA LABORAL *		CERTIFICADO ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIÓN (AFP) *	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Y LIBRETA MILITAR (SI APLICA) *		GTH-SVI- FM003 ACTA DE POSESIÓN		GDI-DIE-FM018 FORMATO DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y CONFLICTO DE INTERESES	
HOJA DE VIDA SIGEP Y HOJA DE VIDA PERSONAL *		MANUAL DE FUNCIONES		INFORME DECLARACION DE OBLIGACIONES DE CARÁCTER ALIMENTARIO	
DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS		CERTIFICACIÓN DE CUENTA BANCARIA *		GTH-SVI- FM010 FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	

5. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

La coordinadora de Talento Humano certifica cumplimiento de Requisitos Minimos del aspirante	SI	NO	OBSERVACIONES
	X		

COORDINADOR (A) GRUPO DE TALENTO HUMANO
Aprobó y Certificó

JULIANA ANDREA ROBAYO URIBE
Contratista Grupo de Talento Humano
Elaboró y/o Revisó

Fecha de Proyeccion:

AAAA	MM	DD
2024	2	2