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	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	NIT/ CC No.	1.016.012.246
CORREO ELECTRÓNICO	dlondonom@invima.gov.co	TELÉFONO	3028581135
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	467 DE 2024	TERMINO DE EJECUCIÓN	180 días
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 INICIO	2024-02-13	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-08

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 01)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(13 de Febrero al 12 de Marzo del 2024)
BANCO	BBVA	TIPO DE CUENTA	Ahorro	No DE CUENTA	693000436

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 relevantes

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

NÚMERO DE PLANILLA		74878768		
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2024-02	2024-02-20	97.500	EPS SURA
PENSIÓN	2024-02	2024-02-20	124.800	PORVENIR
ARL	2024-02	2024-02-20	4.100	POSITIVA

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

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor 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 aquí 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 Interventoría 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	14

Ricardo Lagos

RICARDO LAGOS BONILLA
Coordinador Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Visto Bueno:

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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.

Powered by CamScanner

	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	*497 - 2024*		
CONTRATISTA:	Diana Jazmín Londoño Marín	**NIT / C.C No. :**	*1016012246*
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:	**01**	**DEPENDENCIA:**	Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**RICARDO 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 apoya a la clasificación de 320 Radicados del grupo de Medicamentos de la serie de publicidad.	**FUID/PDF**
2	Efectuar el punteo del material documental objeto de Transferencias Documentales Primarias versus Inventarios FUID.	Se apoya en el punteo y verificación de la documentación objeto de trasferencias primaria del grupo de responsabilidad sanitaria a la cede Colvatel total cajas verificadas:32 Se realiza el punteo de 9 cajas de la Dirección de Operaciones Sanitaria.	**FUID** **ACTA**
3	Elaborar inventario correspondiente de las Transferencias Documentales Primarias ejecutadas en cada dependencia.	Se realiza inventario en su estado Natural de Dirección de dispositivos Médicos y otras Tecnologías con un total de 1,463 Registros. Se realiza inventario de grupo de comunicaciones con un total de 162 registros	**FUID**

Powered by CamScanner

		Se realiza inventario de grupo de publicidad con 422 registros.	
4	Coadyuvar en la aplicación de Tablas de Retención Documental TRD, para determinar e identificar los 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.	N/A	N/A
5	Efectuar el control de calidad respecto del material documental objeto de transferencias documentales primarias versus inventarios FUID.	Se realiza el control de calidad de la unidad de Dispositivos médicos y otras tecnologías con un total de 14 cajas verificando radicado, fecha y respectiva foliación.	FUID
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	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. UMPLIMIENTO 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)

Powered by CamScanner

1	$ 3.000.000	$ 1.300.000	18	$ 226.400	74878768	Mi planilla

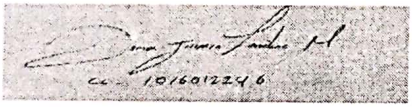
5. BALANCE FINANCIERO

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
01	X	

Atentamente,
Firma



Diana Jazmín Londoño Marín
Contratista
C.C. No. 10160122466

Recibí a satisfacción:

Ricardo Lagos

RICARDO LAGOS BONILLA
Coordinadora Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Secretaria General
Supervisor(a) Contrato 497 de 2024

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN**, identificado con **CC** número **1016012246**, aportó en nombre de **DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN**, identificado(a) con **CC** número **1016012246** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **57 - Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-02** y salud **2024-02** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	APB	APT	APC	APE	APF	APA	APD	SAN	APR	LMA	APG	APP	VAC	IRP	COTIZACIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EMPLEADO EN PERIODO DE PRUEBA
EPS010	EPS Sura	X													0		18	$780.000	$97.500	$0	$0	Febrero - 2024	74878758	20/02/2024	N
230301	Porvenir	X													0		18	$780.000	$124.800	$0	$0	Febrero - 2024	74878758	20/02/2024	N
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	X													0		18	$780.000	$4.100	$0	$0	Febrero - 2024	74878758	20/02/2024	N

PAGADO

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Febrero de 2024

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

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14989205401

(415)7707212489984(8020) 000001498920540 1

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

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
LONDOÑO	MARIN	DIANA	JAZMIN

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: CL 65 SUR 1 B 51 ESTE CA 238

42. Correo electrónico: danaja1988@hotmail.com

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

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 2 4 0 1 0 4							

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		Exportadores				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código				57. Modo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 - 08 / 05 : 56: 05

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 LONDOÑO MARIN DIANA JAZMIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-03-2024 05:57:14AM

Powered by CamScanner

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 Jazmín Londoño Marín
Identificación: 1016012246

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:

Powered by CamScanner

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.

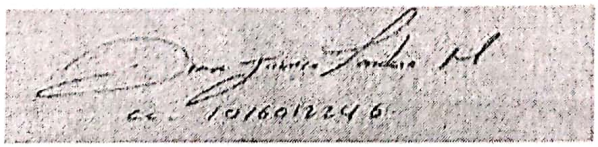
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (x)

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 a los 12 días del mes de marzo del 2024



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Diana Jazmín Londoño Marín
C.C. 1016012246

Powered by CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente DIANA JAZMIN LONDONO MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,016,012,246 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 693000436 aperturada el 26 de mayo de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 2 de enero de 2024.

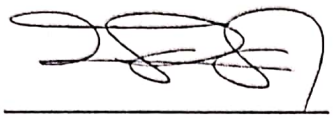
Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Powered by CamScanner

Cuenta de 16 dígitos: 0693000200000436

Cuenta de 20 dígitos: 00130693000200000436

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner