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: Lucy Andrea Bautista Ríos
Identificación: 52981172

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 (x) NO ( ) 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	NTI	18/04/2024		4,000,000	4,000,000
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 (NA)%

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

[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

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 D.C a los 28_ días del mes de _Febrero del _2024__

Firma: Lucy Andrea Bautista Ríos
Nombres y Apellidos: _Lucy Andrea Bautista Ríos
C.C. _52.981.172_

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971136292

(415)7707212489984(8020) 000001497113629 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 8 1 1 7 2	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	5 2 9 8 1 1 7 2	2 0 0 1 0 5 2 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
BAUTISTA	RIOS	LUCY	ANDREA

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 99 69 A 81

42. Correo electrónico: lucyanbautista@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 6 0 1 0 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 09 / 22 : 16: 57

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 BAUTISTA RIOS LUCY ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **29/02/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **52981172**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550458200097616**
Fecha de apertura	**13/02/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52981172		BAUTISTA RIOS LUCY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 99 #69a-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5238354	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	20501337	9464284340	I	2024/02/16	2024/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	26	$79,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$266,667	$42,700			$266,667	$33,400			$0	$0			$266,667		$1,400		$0	$0		$77,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$266,667	$42,700			$266,667	$33,400			$0	$0			$266,667		$1,400		$0	$0		$77,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$266,667	$42,700			$266,667	$33,400			$0	$0			$266,667		$1,400		$0	$0		$77,500
1	CC 52981172	BAUTISTA LUCY	X	23100 1	4	$266,667	$42,700	EPS001	4	$266,667	$33,400		0	$0	$0	14-23	4	$266,667	0.522%	$1,400	0	$0	$0	No	$77,500
Total	**Afiliados(1)**					$266,667	$42,700			$266,667	$33,400			$0	$0			$266,667		$1,400		$0	$0		$77,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52981172		BAUTISTA RIOS LUCY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 99 #69a-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5238354	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	20501337	9464284340	I	2024/02/16	2024/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	26	$79,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,400	$100	$0	$1,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,400	$100	$0	$1,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,400	$800	$0	$34,200
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$33,400	$800	$0	$34,200
TOTAL				**1**	**$77,500**	**$1,900**	**$0**	**$79,400**

	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

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

1. El formato debe ser diligenciado por el supervisor y entregado al contratista con el fin de cargarlo en la Plataforma SECOP II con los siguientes documentos:

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA
FACTURA (CUANDO APLIQUE)
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN
SOPORTES SGSSI Y/O PARAFISCALES

Nota. El REGISTRO DE INGRESO A ALMACÉN será cargado al sistema por el Almacén General de la Entidad

Para cargar los documentos, el contratista debe ingresar con su usuario y contraseña a la plataforma del SECOP II, dando clic en el contrato suscrito con el Invima. Ingresar al numeral 7 "Ejecución del Contrato" y en la sección "Plan de Pagos" dar clic en "Registro"; seguidamente diligenciar la información solicitada y anexar los documentos mencionados en formato PDF.

Para el caso de los proveedores, deberán adjuntar la copia de la Factura para pago, la cual debe contar con el recibido por parte de la entidad, a través del supervisor.

Nota: Si en la sección Plan de Pagos no aparece el botón Registro, el contratista debe comunicarse con el Grupo de Gestión Contractual para que éste genere un código de autorización para el cargue de la información.

2. Radicar Documentos en físico en el Grupo Financiero y Presupuestal - GFP para el pago respectivo.

	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	**LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS**	**NIT/ CC No.**	52981172
CORREO ELECTRÓNICO	lbautistar@invima.gov.co	**TELÉFONO**	313 7810613
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**430 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-07-29**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE EDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-30**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-30**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-28**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 33.132.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 27.610.000**	**VALOR PAGADO**	**5.522.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**30 de enero al 29 de febrero del 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**550458200097616**

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	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9464284340**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-01**	**2024-03-13**	**$ 33.400**	**EPS ALIANZA SALUD**
PENSIÓN	**2024-01**	**2024-03-13**	**$ 42.700**	**PROTECCIÓN**
ARL	**2024-01**	**2024-03-13**	**$ 1.400**	**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	13	

Gloria Cecilia Peñuela S	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	**AAAA-MM-DD**
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ **Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.** **Supervisor del Contrato 430 DE 2024**	**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

DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	430 DE 2024			
CONTRATISTA:	LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS		**NIT / C.C No. :**	*52981172*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA			
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-29**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2024-07-28**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-29**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-28**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-01-29**	**HASTA:**	**2024-02-29**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**			

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Evaluación y respuesta de correspondencia.	**RESPUESTA ENVIADA**	**se envía proyección de la respuesta en espera de aprobación radicado 20241031306** **Tiempo trámites: 17,1875 días**
2	Capacitaciones, reuniones y actividades varias	**APROBAR**	Capacitación correspondencia, capacitación bioequivalencia, capacitación modificaciones, capacitación, base de datos registros aplicativo registros, capacitación se suite, reunión de seguimiento plan de trabajo,
3	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) .	**APROBAR**	evaluado con resolución

4	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial).	**APROBAR**	evaluado con resolución
5	. Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	**ACALARACION SALA**	**se envía el trámite a concepto de sala debido a que la solicitud el interesado es incluir una nueva indicación que no está previamente aprobad**
6	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	**APROBAR**	**evaluado con resolución Tiempo actividades: 2,8125 días**
7	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) .	**APROBAR**	**evaluado con resolución**
8	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	**Aclaración sala**	**se envía el trámite a concepto de sala debido a que la solicitud el interesado es incluir una vía de administración que no está previamente aprobada**
9	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	**APROBAR**	**evaluado con resolución**
10	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	**APROBAR**	**evaluado con resolución**

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

1. 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. AUTORIZACIÓNDE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

2. 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	$ 5.521.564	$ 5.522.094	30	$79400	9464284340	APORTES EN LINEA

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.522.094
Saldo del contrato	$ 27.609.906

4. 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
PAGO 1 CONTRATO 430 DE 2024	X	

Atentamente,

Lucy Andrea Bautista Rios

Firma
LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS
Contratista
C.C. No. 52.981.172

Recibí a satisfacción:

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
Supervisor del Contrato 430 DE 2024