	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTION 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	**Mauricio Domingo Caviedes Orjuela**	**NIT/ CC No.**	9693574-1
CORREO ELECTRÓNICO	mauriciocaviedes@yahoo.es	**TELÉFONO**	3123749710
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	**Contrato 463 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-02-02**
OBJETO DEL CONTRATO	**Prestar los servicios de apoyo a la gestión del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA y aseguramiento de la calidad para garantizar la ejecución de los procesos analíticos operativos y de calidad.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-02-02**	**FECHA DE INICIO**	**2024-02-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-11-28**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.720.000,00**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.720.000,00**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.800.000,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 24.920.000,00**	**VALOR PAGADO**	**$ 2.800.000,00**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA Nº.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**2024/02/02 al 2024/03/01**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**16514309802**

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	**75177560**			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Febrero**	**2024-03-01**	$ 162.500,00	Compensar
PENSIÓN	**Febrero**	**2024-03-01**	$ 208.000,00	Protección
ARL				

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

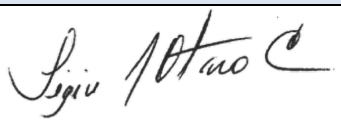
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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	4	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO
COORDINADORA LMAB- GRUPO DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD

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	*(No. de contrato y año)* 463 de 2024			
CONTRATISTA:	Mauricio Domingo Caviedes Orjuela		**NIT / C.C No. :**	9693574
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios de apoyo a la gestión del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA y aseguramiento de la calidad para garantizar la ejecución de los procesos analíticos operativos y de calidad.			
VALOR DEL CONTRATO	$27.720.600,00			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	02 de febrero 2024		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	297 días
FECHA DE INICIO:	02 de febrero 2024		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	28 de noviembre 2024
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-02-02	**HASTA:**	2023-03-01
PAGO NÚMERO:	PARCIAL		**DEPENDENCIA:**	Grupo Laboratorio de Microbiología de Alimentos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Ligia Alexandra Otero Castro			

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar las actividades asignadas para la recepción, registro físico y magnético en los aplicativos pertinentes, identificación y almacenamiento de las muestras que se reciben en el laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas, con el fin de garantizar su trazabvilidad.	Se realiza las actividades asignadas para la recepción, registro físico y magnético en los aplicativos pertinentes, identificación y almacenamiento de las muestras que se reciben en el laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas, con el fin de garantizar su trazabvilidad.	- o365_PROFESIONALES LMAB - Sharepoint CONTROL DE RECIBO DE MEDIOS DE CULTIVO PA01-MR-402-F002 - Silap
2	Mantener actualizados los registros en los sistemas de gestión de la información del laboratorio de las muestras que	Se Mantiene actualizados los registros en los sistemas de gestión de la información del laboratorio de las	- o365_PROFESIONALES LMAB - Sharepoint - Silap

	ingresan para análisis y la remisión de los informes de resultados.	muestras que ingresan para análisis y la remisión de los informes de resultados.	
3	Ejecutar los procesos de apoyo a la gestión del laboratorio para el lavado, limpieza, desinfección, esterilización, inventario, mantenimiento y stock de los materiales que requieren los profesionales durante el proceso analítico correspondiente en las áreas del laboratorio de micribiología de alimentos y bebidas, garantizando su optimo cumplimiento en tiempos, frecuencias y cumplimiento de normas de bioseguridad.	Se ejecuta los procesos de apoyo a la gestión del laboratorio para el lavado, limpieza, desinfección, esterilización, inventario, mantenimiento y stock de los materiales que requieren los profesionales durante el proceso analítico correspondiente en las áreas del laboratorio de micribiología de alimentos y bebidas, garantizando su optimo cumplimiento en tiempos, frecuencias y cumplimiento de normas de bioseguridad.	- o365_PROFESIONALES LMAB - Sharepoint - Silap Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa PO03-RM-402-F016
4	Brindar soporte a las actividades de apoyo de los diferentes procesos y etapas del analísis microbiologíco, asegurando el cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión para la competencia técnica de los laboratorios de ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio.	Se brinda soporte a las actividades de apoyo de los diferentes procesos y etapas del analísis microbiologíco, asegurando el cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión para la competencia técnica de los laboratorios de ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio.	Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004 Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008 Verificación de temperatura PA06-GM-402-F022
5	Recibir los insumos, medios de cultivos y reactivos del laboratorio siguiendo las especificaciones técnicas para su respectivo almacenamiento y métodos de rotación que se ajusten acorde con las fechas de fabricación y de vencieminto.	Se recibe los insumos, medios de cultivos y reactivos del laboratorio siguiendo las especificaciones técnicas para su respectivo almacenamiento y métodos de rotación que se ajusten acorde con las fechas de	Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004 Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa

		fabricación y de vencieminto.	PO03-RM-402-F016
6	Disponer los residuos sanitarios que se generean en las áreas del laboratorio con calidad y oportunidad siguiendo los lineamientos del Sistema de Gestión para la Competencia Técnica de los Laboratorios de Ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio y cumpliendo las normas de bioseguridad.	Se dispone los residuos sanitarios que se generean en las áreas del laboratorio con calidad y oportunidad siguiendo los lineamientos del Sistema de Gestión para la Competencia Técnica de los Laboratorios de Ensayo bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 implementado en Laboratorio y cumpliendo las normas de bioseguridad.	Control de recibido de medios de cultivos PA01-MR-402-F002 Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004
7	Apoyar con la entrega y distribución de dotación y elementos de laboratorio.	Se apoya con la entrega y distribución de dotación y elementos de laboratorio.	Identificación y Cuantificación de residuos GAD-GBS-FM028 Solicitud de servicios de esterilización de marial contaminados al INS PA05-GF-402-F006
8	Ejecutar las Buenas Practicas de Laboratorio (BPL) y garantizar el cumplimiento del Sistema dse Gestión de Calidad (SGC) bajo la norma ISO/IEC 17025 a travez del mantenimiento del programa 5S, garantizando que se cumplan los estándares de orden y aseo del laboratorio.	Se ejecuta las Buenas Practicas de Laboratorio (BPL) y garantizar el cumplimiento del Sistema dse Gestión de Calidad (SGC) bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 a travez del mantenimiento del programa 5S, garantizando que se cumplan los estándares de orden y aseo del laboratorio.	Cronograma de auditoria 5S laboratorio de microbiología de alimentos vigente Formato de asignación y seguimiento de área aséptica -esclusa PO03-RM-402-F016 Verificación de temperatura () PA06-GM-402-F034
9	Diligenciar oportunamente los formatos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del laboratorio relacionados con los	Se diligencia oportunamente los formatos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del laboratorio relacionados	Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004

	procedimientos de apoyo y aseguramiento de calidad, dejando evidencia de las actividades asignadas y realizadas.	con los procedimientos de apoyo y aseguramiento de calidad, dejando evidencia de las actividades asignadas y realizadas. .	Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008 Verificación de temperatura () PA06-GM-402-F034 (Limpieza y desinfección)
10	Realizar las actividades que le sean asignadas para contribuir a la organización del archivo del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas	Se realiza las actividades que le sean asignadas para contribuir a la organización del archivo del laboratorio de microbiología de alimentos y bebidas	- o365_PROFESIONALES LMAB - Sharepoint - Silap Inventarios medios de cultivo – cuarto frio PA01-MR-402-F004 Plan de limpieza y desinfección de equipos PA05-GF-402-F008

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

2. 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

3. 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 de 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	$2.800.00,00	$ 1.300.000	30	$370.500	75177560	Mi Planilla

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

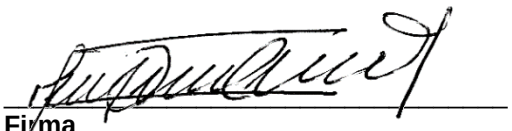
4. BALANCE FINANCIERO

0Valor total del contrato	$ 27.720.000,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 2.800.000,00
Saldo del contrato	$24.920.000,00

5. 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
MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA
Contratista
C.C.: 9.693.574 de Aguachica

Recibí a satisfacción:



Firma
LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO
Coordinadora Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas
Oficina de Laboratorios y Control de Calidad
Supervisor(a) Contrato 1116 de 2023

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	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	calle 14b 119a 76	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	01/03/2024	75177560	$396.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.500	396.500

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
CC	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA		calle 14b 119a 76	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	01/03/2024	75177560	$396.500	

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	Estornado	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	9693574	CAVIEDES ORJUELA MAURICIO DOMINGO	3	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: Mauricio Domingo Caviedes Orjuela
Identificación: Cédula de ciudadanía número 9693574

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					
				-	-

3. Soy pensionado SI ( ) NO (x), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (x): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (x);

   Favor indicar la tarifa ( )%

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

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Dilma Orjuela Murillo	65	Madre	CC	9693574
Yael Sebastian Caviedes Caballero	5	Hijo	RC	1019917539
Maria Paz Caviedes Caballero	2	Hija	RC	1019920968

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

   8.1. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (x) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.

   8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (x) anexo certificación.

   8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

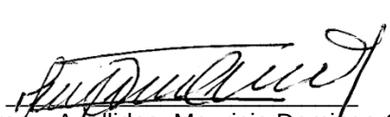
   8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 04 días del mes de marzo del 2024

Firma: 
Nombres y Apellidos, Mauricio Domingo Caviedes Orjuela
C.C. 9693574

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14949464521

(415)7707212489984(8020) 000001494946452 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Aguachica 0 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAVIEDES	ORJUELA	MAURICIO	DOMINGO

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 14b 119a 76 torre 4 404

42. Correo electrónico: mauriciocaviedes@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 5 1 1 8 4 5	3 1 2 3 7 4 9 7 1 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 2 1 0 6 0 1							

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 - 09 - 21 / 10 : 07: 34

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 CAVIEDES ORJUELA MAURICIO DOMINGO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO