	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	**KARINA MILENA ARTETA ALBA**	**NIT/ CC No.**	32.893.447
CORREO ELECTRÓNICO	kartetaqf@hotmail.com	**TELÉFONO**	3156807483
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	**370 de 25 de enero de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-07-24**
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 MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**22,088,000.00**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 16.566.000**	**VALOR PAGADO**	**16.566.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(25 de marzo al 24 de abril 2024)**
BANCO	**Banco de Bogotá**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**237487657**

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	SI	**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		**8376228052**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Marzo**	**2024-04-17**	**$276.100**	**Sanitas EPS**
PENSIÓN	**Marzo**	**2024-04-17**	**353.500**	**Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones**
ARL	**Marzo**	**2024-04-17**	**11.600**	**POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS**

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	5	2



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que KARINA MILENA ARTETA ALBA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 32.893.447 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 237487657, abierta/o desde el 27/3/2022.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Febrero del año 2024 con destino a: A QUIEN INTERESE



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **KARINA MILENA ARTETA ALBA**, identificada con **CC** número **32893447**, aportó por el empleado **KARINA MILENA ARTETA ALBA** identificado(a) con **CC** número **32893447** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$2,208,800	0.16000	$353,500	$0	$0	Marzo - 2024	8376228052	17/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,208,800	0.00522	$11,600	$0	$0	Marzo - 2024	8376228052	17/04/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$2,208,800	0.12500	$276,100	$0	$0	Marzo - 2024	8376228052	17/04/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **7** días del mes **Mayo** de **2024**

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 14965486067

(415)7707212489984(8020) 000001496548606 7

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARTETA	ALBA	KARINA	MILENA

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 101 151 33 IN 5 AP 501

42. Correo electrónico: kartetaqf@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 3 0 9 0 2	7 4 9 0	2 0 2 3 1 1 3 0				

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 11 - 30 / 14 : 47: 44

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ARTETA ALBA KARINA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KARINA MILENA ARTETA ALBA
No. Identificación: CC32893447
Dirección: CRA 101 N 151 33
Telefono: 3156807483
Correo: kartetaqf@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376228052

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARINA MILENA ARTETA ALBA
Tipo y número de identificación	CC32893447
Número de planilla	8376228052
Fecha pago	2024-04-17
Número de autorización pago	1000000082
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	645200
Total Intereses de Mora	4000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	355700	1
EPS005	Sanitas EPS	277800	1

8376228052

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 32893447
APELLIDOS Y NOMBRES: KARINA MILENA ARTETA ALBA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	2208800	2208800	2208800	0	276100	0	353500	0	11600	0

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