	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	**Claudia Sofia Gordillo Socha**	**NIT/ CC No.**	46380982
CORREO ELECTRÓNICO	cgordillos@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3114648312
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	**426 - 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**29/07/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL ESTUDIO DE LA INFORMACIÓN DEL MODULO 5 (BIOEQUIVALENCIA Y MODIFICACIONES FARMACOLÓGICAS), ENTRE OTRAS, DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN UN CONCEPTO TÉCNICO 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**		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-30**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-30**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 33.132.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 22.088.000**	**VALOR PAGADO**	**5.522.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(01 de marzo al 29 de marzo de 2024)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**932-543172-74**

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		**7912983281**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO**	**2024-04-15**	**$282.300**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**FEBRERO**	**2024-04-15**	**$361.400**	**COLFONDOS**
ARL	**FEBRERO**	**2024-04-15**	**$ 11.900**	**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	4	15

Gloria Cecilia Peñuela S

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46380982
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA SOFIA GORDILLO SOCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 181C NO. 11 29	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7912983281**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		26			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		575618327

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 361.400
SUBTOTAL:			1	**$ 361.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 282.300
SUBTOTAL:			1	**$ 282.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 11.900
SUBTOTAL:			1	**$ 11.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 641.200**
VALOR MORA:	**$ 14.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 655.600**

Planilla Pagada

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:
Identificación:

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 **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
David Esteban Álvarez Gordillo	3 años	Hijo	RC	1033123938
Eva María Sofía Álvarez Gordillo	3 años	Hija	RC	1033123939

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 (X) NO ( ) : 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 (X) NO ( ) anexo certificación.

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

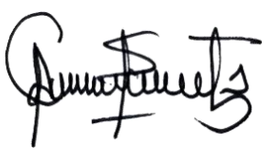
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

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 _7__ días del mes de _marzo _ del 2024



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Claudia Sofía Gordillo Socha
C.C. 46.380.982

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **GORDILLO SOCHA,CLAUDIA SOFIA**, identificado (a) con CC **46380982** contrató para el año 2023 la póliza de salud N°**022938698** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
GORDILLO SOCHA,CLAUDIA SOFIA	CC-46380982	Asegurado principal	3.140.614,44
ALVAREZ GORDILLO,EVA MARIA SOFIA	RC-1033123939	Hijo	2.304.313,72
ALVAREZ GORDILLO,DAVID ESTEBAN	RC-1033123938	Hijo	2.304.313,72
		TOTAL	7.749.241,88
		IVA	387.462,09
		TOTAL + IVA	**8.136.703,97**

LA SUMA DE: 8.136.703,97 (OCHO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS TRES PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Enero de 2024 (02/01/2024), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Camilo Romero
Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

fna AHORRO

RECIBO DE PAGO PESOS

Recibo de pago No.
20240212110012355423554

20240212110012355423554

CLAUDIA SOFIA GORDILLO SOCHA
CL 181 C # 11 29 AP 5 201
SAN ANTONIO
BOGOTA D.C. - BOGOTA

	MES	DIA	AÑO
PAGAR ANTES DE	03	05	2024
TOTAL A PAGAR	$ 6,066,754.00		
CRÉDITO No.	4638098208		

Puntos de atención · Trámites y servicios · @fnaahorro · /FNAColombia · @FNAahorro · fnaAHORRO

Mantén tus datos actualizados llamando a la línea 601 307 7070 en Bogotá, a la línea gratuita nacional: 01 8000 52 7070 o ingresando a nuestra página www.fna.gov.co

SISTEMA DE AMORTIZACIÓN:	HIPOTECARIO CUOTA FIJA

Cuotas o Cánones Totales	Cuota o Canon Actual	Cuotas o Cánones Pendientes	Cuotas o Cánones en mora	Interés corriente efectivo anual	Interés mora efectivo anual	Fecha de corte			Saldo Capital antes de este pago
170	135	35	4	11.4300	17.1450	02	12	2024	39,148,624.74

VALORES APLICADOS EN EL MES

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
Abono a capital financiado	0.00
Abono a capital opción de compra	0.00
Interés corriente	0.00
Seguros	0.00
Interés de mora	0.00
Anticipos	0.00
Otros cargos	0.00
Honorarios	0.00
Gastos judiciales	0.00
Comisión Fondo Nacionalde Garantías	
Total aplicado	0.00

pse **PAGA EN LÍNEA HACIENDO CLIC AQUÍ**

DISCRIMINACIÓN DE LA CUOTA A PAGAR

CONCEPTO	VALOR
Abono a capital financiado	847,339.06
Abono a interés	324,649.87
Subtotal cuota	1,171,988.93
Seguro de Vida e Incapacidad	14,528.77
Seguro de Incendio y Terremoto	27,554.94
Seguro de Desempleo	51,286.92
Saldo vencido	4,801,393.45
Honorarios	0.00
Gastos judiciales	0.00
Otros cargos	0.00
Comisión Fondo Nacionalde Garantías	0.00
Abono a capital opción de compra	
Subtotal a pagar	6,066,753.01
Menos anticipos por pagos	0.00
Menos anticipos por cesantías	0.00
Menos cobertura FRECH	0.00

TOTAL A PAGAR	$ 6,066,754.00
FECHA DE PAGO	03/05/2024
VALOR PAGADO	

Favor leer las instrucciones al respaldo

CLAUDIA ,

El FNA te saluda y te informa que tu crédito presenta mora. Te sugerimos aplicar a los beneficios y alternativas que ofrecemos para ponerte al día y evitar reportes negativos en centrales de riesgo (Ley 1266 de 2008 y 2157 de 2021 Habeas Data).

fna AHORRO

SC7006 -1

Prensa

CLAUDIA SOFIA GORDILLO SOCHA

COD.BCO	No. CTA.CHEQUE	VALOR
	EFECTIVO	
	TOTAL	

FECHA DE PAGO	MES	DIA	AÑO

PAGAR ANTES DE	03	05	2024
TOTAL A PAGAR	$ 6,066,754.00		
CRÉDITO No	4638098208		

Recibo de pago No. 20240212110012355423554

Pago Normal

(415)7707208260016(8020)01004638098208

Abono Extra Para Reducir Plazo

(415)7707208260016(8020)02004638098208

Abono Extra Para Reducir Cuota

(415)7707208260016(8020)03004638098208

Abono a Cuotas Futuras

(415)7707208260016(8020)04004638098208

RECUERDE QUE EL PAGO DEBERA REALIZARSE UNICAMENTE CON CHEQUE DE GERENCIA Y/O EFECTIVO
POR LECTURABILIDAD DEL CODIGO DE BARRAS, LA CALIDAD DEL RECIBO FISICO DEBE SER EN IMPRESIÓN LÁSER

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO DE CARÁCTER FINANCIERO

TEN EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES

1. Valida que los nombres, apellidos y número de crédito correspondan a tu obligación.
2. Cancela oportunamente, así evitarás intereses por mora y sanciones de tipo judicial. El no recibo de tu cuenta de cobro no te exime del cumplimiento de tu obligación.
3. En caso de no tener tu recibo de pago, puedes imprimirlo directamente desde **www.fna.gov.co**, registrando tu número de cédula y código de acceso, opción: **Fondo en Línea / Acceso a Usuarios Financieros / Cartera / Copia de Factura**. También puedes solicitar una copia en cualquier punto de atención.
4. Si vas a cancelar con cheque, verifica que sea de gerencia y que esté a nombre del **Fondo Nacional del Ahorro**. Ten en cuenta que tu pago se verá aplicado en la obligación al segundo día hábil después de realizado.
5. Ten en cuenta que los pagos realizados después de la fecha de corte asignada, no se verán reflejados en el próximo recibo.
6. Los créditos o contratos leasing, podrán pagarse anticipadamente de forma total o parcial, en cualquier momento sin penalidad alguna. En caso de abonos extraordinarios, podrás elegir si el monto abonado disminuye el valor de la cuota o el plazo, o si se aplica para cubrir cuotas futuras. Si no manifiestas tu decisión; automáticamente serán abonados para reducción del plazo.
7. Si deseas que tu recibo de pago sea enviado a tu correo electrónico, ingresa a **www.fna.gov.co/FondoEnLínea/y actualiza tus datos**.
8. Los pagos se aplican en este orden: primas de seguros, intereses de mora, y cuota(s) vencida(s) en orden de antigüedad. Si después de pagar la última cuota facturada o causada a la fecha de pago se genera un excedente, este se abonará de conformidad a como se haya elegido en el recibo de pago; es decir, como pago normal para la cuota siguiente, a cuotas futuras, o a capital para reducir el plazo o el valor de la cuota.
9. En cumplimiento de lo previsto por el artículo 12 de la Ley 1266 de 2008 adicionado por el artículo 6 de la Ley 2157 de 2021, nos permitimos comunicar que si tu crédito o contrato de leasing registra mora al final del mes, serás reportado negativamente a las centrales de riesgo en cumplimiento de las disposiciones de Habeas Data.
10. Los gastos que se generen por cualquier motivo de cobranza estarán a cargo del **FNA**, excepto si tu crédito o contrato leasing es enviado a cobro jurídico, en este caso deberás asumir los honorarios del abogado y gastos judiciales del proceso. (Decreto 2331 de 1998).
11. Si tu crédito o contrato leasing tiene el subsidio a la tasa de interés por concepto de cobertura condicionada (FRECH), te recordamos que el incumplimiento de tres (3) cuotas consecutivas en mora, acarreará la pérdida inmediata y definitiva de este beneficio.
12. En créditos de consumo la tasa de mora corresponde a la vigente en la fecha de corte del recibo de pago. La misma se modifica el primer día hábil del mes, por ende, el saldo vencido puede variar.
13. Ten en cuenta que el seguro de desempleo inicia desde la fecha de desembolso, por lo tanto, si tu situación laboral con posterioridad cambia a: contrato por prestación de servicios, como independiente, o si está recibiendo pensión por invalidez o por vejez, deberás solicitar exclusión del cobro de primas por seguro de desempleo mediante comunicación formal dirigida al **FNA** adjuntando el soporte correspondiente.
14. Recuerda que si tu obligación llega a registrar estado **Castigado** perderás todos los beneficios contenidos en las pólizas de seguros.
15. La Defensoría del Consumidor Financiero la ejerce Luis Humberto Ustáriz González como principal y José Federico Ustáriz González, como suplente.
    Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
    Teléfono: **315 488 6179** - Fax: **675 0385**
    Dirección: carrera 11 A No. 96-51 oficina 203.
    Página web: **https://ustarizabogados.com/**
    Correo electrónico: **defensoriafna@ustarizabogados.com**
    APP: Defensoría del Consumidor Financiero
16. Cualquier inconformidad con la información incluida en este extracto, favor comunicarla a nuestros revisores fiscales **Amézquita & Cía S.A.S.**, al correo **revisoriafiscal@fna.gov.co**.

PARA TU INTERÉS: El **FNA** informa la **ampliación de la vigencia del Seguro de Vida para Créditos Educativos y Vida para créditos de usuarios** del 28/10/2023 hasta el 31/07/2024. De igual forma **se amplio la vigencia del Seguro de Vida Grupo Deudores Crédito Hipotecario** del 28/10/2023 hasta el 01/08/2024 y por último informamos **la ampliación de la vigencia del Seguro de Incendio y Terremoto para Créditos Hipotecarios o Leasing Habitacional** del 28/10/2023 hasta el 01/05/2024.

Aseguradora	Póliza	Prima Neta Tasa antes de impuestos	Costo Recaudo	Comisión corredor [2]
Axa Colpatria Seguros S. A.	Seguro de Incendio Grupo Deudores	0,00928% [1]	6%	5,5%
Axa Colpatria Seguros S. A.	Seguro de Vida Créditos Hipotecarios	0,03579%	$816 [3]	N/A
Compañía de Seguros Bolívar S.A.	Seguro de Vida Créditos Educativos	0,08806%		
	Seguro de Vida Grupo Usuarios Crédito Educativo	0,00042%		
Axa Colpatria Seguros S. A.	Seguro de Desempleo Créditos Hipotecarios	3,54989% [1]	$1,542 [3]	N/A
	Seguro de Desempleo Créditos Educativos	2,06586% [1]	$3,8 [3]	5,5%

[1] Tener en cuenta que a los seguros señalados les aplica impuesto de IVA. [2] La comisión del corredor de seguros será reconocida de acuerdo con la normativa vigente. [3] Base de liquidación sobre los créditos que generan cobro de primas mensuales.

RECUERDA QUE: El deudor o locatario asegurado y beneficiario de crédito con garantía hipotecaria o Leasing Habitacional, puede contratar con otra aseguradora las pólizas de Incendio y Terremoto o de Vida, de manera independiente (siempre que las condiciones del seguro sean, cuando menos iguales a aquellas plasmadas en el pliego de condiciones de licitación), de conformidad con lo establecido en el artículo 2.36.2.2.5. del decreto 2555 de 2010 y en los numerales 1.2.2. y 1.3.1. del Capítulo I, Título III. Parte I de la CBJ (C.E. 029 de 2014).

TEN EN CUENTA QUE: La póliza de Desempleo contratada por el FNA, para amparar los créditos desembolsados por modalidad de Cesantías, es OPCIONAL, si deseas retirarte de esta póliza, puedes solicitar la exclusión de este seguro a través del **correo reclamacionseguros@fna.gov.co**, anexando una solicitud formal, para que no se te sea cobrada la prima en tu factura.

Si tu crédito cuenta con beneficio FRECH y tienes el Seguro de Desempleo, en caso de perder el vínculo laboral, debes continuar con el pago de tus cuotas dentro de los plazos indicados, hasta tanto no se defina la reclamación del seguro y de esta manera evitar la pérdida del beneficio o cualquier otra consecuencia adversa.

Puedes **consultar las condiciones generales y particulares de las pólizas ingresando** a **https://www.fna.gov.co/vivienda/seguros**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO DE CARÁCTER FINANCIERO



El FNA te ofrece varios medios para realizar el pago de tu crédito, escoge la mejor opción.

1 PAGO PRESENCIAL

Por ventanilla en la entidad bancaria de tu preferencia presenta el recibo de pago impreso (recuerda que en Davivienda tienes la opción de pagar con el código de barras desde tu celular).

- Banco de Bogotá
- Banco Popular
- Bancolombia y sus corresponsales bancarios
- Banco Itaú
- Banco Davivienda
- Banco Agrario
- Banco Sudameris
- Banco de Occidente

Si no has recibido tu recibo de pago ingresa a: **fna.gov.co**
Fondo en Línea digita tu usuario y contraseña e imprímelo.
O acércate a nuestros puntos de atención para solicitar una copia.

2 PAGO VIRTUAL

Entra a la App FNA Móvil Ágil o a nuestra página web: **fna.gov.co**
Fondo en Línea digita tu usuario y contraseña. Sigue las instrucciones para pago por PSE.

Si eres Colombiano Residente en el Exterior realiza el pago con el recibo impreso en una sucursal de Western Union (Acciones y Valores).

Descarga la App FNA Móvil Ágil en: App Store | Google Play | AppGallery

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

www.fna.gov.co

Línea nacional gratuita: **01 8000 52 70 70** - En Bogotá: **601 307 7070**
WhatsApp: **321 321 34 41** - **#289** desde cualquier celular Claro, Movistar o Tigo

@fnaahorro /FNAColombia @FNAahorro fnaAHORRO @fnaahorro Fondo Nacional del Ahorro

SC7006 -1

Certificado
Bancario

Martes, 23 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLAUDIA SOFIA GORDILLO SOCHA identificado(a) con CC 46380982, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	93254317274	2016/01/27	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14960293478

(415)7707212489984(8020) 000001496029347 8

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GORDILLO	SOCHA	CLAUDIA	SOFIA

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 181 C 11 29 TO 5 AP 201

42. Correo electrónico: claugord28@yahoo.com

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

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
7 4 9 0	2 0 2 3 1 0 3 1	0 0 1 0	2 0 0 7 0 3 2 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	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 - 10 - 31 / 14 : 53: 08

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 GORDILLO SOCHA CLAUDIA SOFIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	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	*426 de 2024*			
CONTRATISTA:	Claudia Sofia Gordillo Socha		**NIT / C.C No. :**	*46380982*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL AGENDAMIENTO Y ESTUDIO DE LOS TRAMITES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN CONCEPTO TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DENTRO DEL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.				
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($33.132.000,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-01-30		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	180 DÍAS
FECHA DE INICIO:	2024-01-30		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-03-01**	**HASTA:**	**2024-03-29**
PAGO NÚMERO:	**2**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Atención a usurarios	Reunión Virtual Teams	Calendario cita No. 42339
2	Correspondencia	Reunión Virtual Teams	Calendario
3	Atención a usuarios	Reunión Virtual Teams	Calendario cita No.42416
4	Seguimiento plan de marzo Modificaciones información de Seguridad	Reunión Virtual Temas	Calendario
5	Atención a usuarios	Reunión Virtual Teams	Calendario cita No.42631
6	Atención a usuarios	Reunión Virtual Teams	Calendario cita No.42930

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
8	Realizar la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia información para prescribir para los trámites de registro sanitario asociados.	20221066277 20221072293 20221073110 20221075447 20221075566 20221085828 20221085836 20221087177 20221089701 20221089704 20221093696 20221093702	Se cargan FIE en la carpeta de evaluación de insertos
9	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir.	20221096089 20221102446 20221102483 20221102496 20221109762 20221109775 20221110891 20221122259 20221122318 20221123594 20221144010 20221161707 20221142738	SESUITE

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 enero 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	5.522.000	40 %	29	$641.200	7912983281	SOI

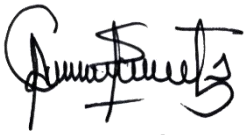
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.522.000
Saldo del contrato	$ 22.088.000

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
2	X	

Atentamente,



Claudia Sofía Gordillo Socha
Contratista
C.C. No. 46.380.982 de Sogamoso

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 413 de 2024