

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	WALFRAN DE JESUS VIDES ANDRADE		NIT/ CC No.	1.079.661.227	
CORREO ELECTRÓNICO	wvides@invima.gov.co		TELÉFONO	3014829007	
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	327 DE 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	2025-12-31	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE CONTROL EN PUERTOS, AEROPUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS, PARA APOYAR LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INSPECCIÓN CIS Y DAR RESPUESTA A LAS CONSULTAS RELACIONADAS.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025/02/13	FECHA DE INICIO	2025/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN	2025/12/31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 39.736.767	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 39.736.767	VALOR A PAGAR	\$ 3.737.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 35.999.767	VALOR PAGADO	\$ 3.737.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	WJVA-3017	PERIODO OBJETO DE PAGO	(13 de febrero al 12 de marzo del 2025)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	91662083971
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	SI	
Pago Parafiscales	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	N/A		Otros. Cuales?	N/A	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9482385426				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	feb-25	2025/02/28	186.900	Nueva EPS	
PENSIÓN	feb-25	2025/02/28	239.200	Colpensiones	
ARL	feb-25	AAAA-MM-DD	PAGO POR INVIMA	Positiva	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.					
En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e					
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD		
	2025	3	21		
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
	Nombre				
	Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
YESID HERNANDO CELY REATIGA COORDINADOR DEL GRUPO DE PUERTOS AEROPUERTOS Y PASOS DE FRONTERA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS			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.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1079661227		VIDES ANDRADE WALFRAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ F CASA 2 VILLA DEL MAR	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1297460849	9482385426	I	2025/03/07	2025/02/28	BANCOLOMBIA	0	\$426,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																											
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	td	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	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)																							\$1,494,800	\$239,200			\$1,494,800	\$186,900			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0	\$0	\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$426,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,494,800	\$239,200			\$1,494,800	\$186,900			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0	\$0	\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$426,100
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							\$1,494,800	\$239,200			\$1,494,800	\$186,900			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0	\$0	\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$426,100
1	CC	1079661227	VIDES WALFRAN																	25-14	30	\$1,494,800	\$239,200	EPS037	30	\$1,494,800	\$186,900		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	No	\$426,100																		
Total Afiliados(1)																							\$1,494,800	\$239,200			\$1,494,800	\$186,900			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0	\$0	\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$426,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1079661227		VIDES ANDRADE WALFRAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ F CASA 2 VILLA DEL MAR	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

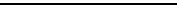
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1297460849	9482385426	I	2025/03/07	2025/02/28	BANCOLOMBIA	0	\$426,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$239,200	\$0	\$0	\$239,200
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$239,200	\$0	\$0	\$239,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$186,900	\$0	\$0	\$186,900
NUEVA E.P.S.	EPS037		900,156,264	2	1	\$186,900	\$0	\$0	\$186,900
TOTAL					1	\$426,100	\$0	\$0	\$426,100

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO		327 DE 2025		
CONTRATISTA:	Walfran de Jesús Vides Andrade	NIT / C.C No. :	1079661227	
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE CONTROL EN PUERTOS, AEROPUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS, PARA APOYAR LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INSPECCIÓN CIS Y DAR RESPUESTA A LAS CONSULTAS RELACIONADAS.			
VALOR DEL CONTRATO	\$ 39.736.767			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025/02/13	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	319 DÍAS (10 meses más 19 días)	
FECHA DE INICIO:	2025/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025/12/31	
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE:	2025/02/13	HASTA:	2025/03/12
PAGO NÚMERO:	1		DEPENDENCIA:	Dirección de operaciones sanitarias
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	YESID HERNANDO CELY REATIGA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar las actividades de revisión documental de los trámites de inspección y certificación de importación y exportación del grupo de control en PAPF.	- Atender solicitudes de certificación de inspección sanitaria desde el puerto de Cartagena del día 13/02/2025 al día 12/03/2025. - Se prestó atención de 76 trámites asignados con la Supervisión y tutoría de Ana María Blanco	Excel con los trámites asignados en Oficina Virtual.
2	Proyectar la generación de los actos administrativos realizados por el Grupo de control en PAPF, de acuerdo con las solicitudes presentadas por los usuarios.	- Analizar los documentos soporte para solicitud del Certificado de Inspección Sanitaria del día 13/02/2025 al día 12/03/2025. - Se realizó el respectivo análisis a 76 documentos de trámites asignados, a los cuales se le generaron las	Excel con los trámites asignados en Oficina Virtual.

 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

		respetivas listas de chequeo.	
3	Realizar las notificaciones correspondientes, si hubiera lugar a ello, de los certificados de inspección sanitaria, con destino a la exportación.	- Atender solicitudes de certificación especial desde el puerto de Cartagena del día 13/02/2025 al día 12/03/25. - Se atendieron un total de 10 trámites de certificados especiales.	Excel con los trámites asignados en Oficina Virtual.
4	Apoyar los procesos de Inspección, Vigilancia y Control sobre productos competencia del Invima asignados por el supervisor del contrato que se tramitan a nivel nacional	- Comunicar resultado de revisión e inspección de las solicitudes de Certificado de inspección Sanitaria del día 13/02/2025 al día 12/03/2025. - Se realizó inspecciones físicas del día 13/02/2025 al 12/03/2025 a un total de 18 inspecciones.	Excel con los trámites asignados en Oficina Virtual.
5	Apoyar el sistema de gestión de calidad del respectivo PAPF.	N/A	N/A
6	Apoyar las actividades de gestión documental de los tramites realizados por el PAPF correspondiente.	N/A	N/A

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

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

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.	NA	NA	NA	NA

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 SEPTIEMBRE del año 2024.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS y Pensión	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	\$ 3.737.000	\$1.500.000	30	\$ 426.100	9482385426	APORTES EN LINEA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 39.736.767
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 35.999.767
Saldo del contrato	\$ 35.999.767

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
1	X	

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA	
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01 Fecha de emisión: 2022/02/01

Atentamente,

Walfran Vides A.

Firma
Walfran Vides Andrade
Contratista
C.C. No. 1079661227

Recibí a satisfacción:



Firma
Yesid Hernando Cely Reatiga
Coordinador del Grupo de Puertos Aeropuertos y pasos de frontera.
Dirección de Operaciones Sanitarias.
Supervisor(a) Contrato 327 de 2025

Certificado Bancario

Jueves, 27 de febrero de 2025

Señores
INVIMA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WALFRAN DE JESUS VIDES ANDRADE identificado(a) con CC 1079661227, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

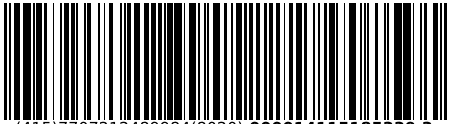
Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91662083971	2016/07/05	ACTIVA

***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.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141151853393			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115185339 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 9 6 6 1 2 2 7		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta		14. Buzón electrónico 1 9	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 7 9 6 6 1 2 2 7			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Magdalena 4 7		30. Ciudad/Municipio Chibolo 1 7 0			
31. Primer apellido VIDES		32. Segundo apellido ANDRADE		33. Primer nombre WALFRAN		34. Otros nombres DE JESUS	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Magdalena 4 7		40. Ciudad/Municipio Santa Marta 0 0 1			
41. Dirección principal MZ F CA 2 URB VILLA DEL MAR							
42. Correo electrónico walfrandj06@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 0 1 4 8 2 9 0 0 7		45. Teléfono 2 3 0 4 1 4 0 6 8 3 7	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 6 0 7 0 5	48. Código 4 7 4 1	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 0 1 0 4	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9 5 2							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
58. CPC				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			
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 VIDES ANDRADE WALFRAN DE JESUS 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

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: WALFRAN DE JESUS VIDES ANDRADE
Identificación: 1079661227

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.

* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (☐) NO (☐)
* \$199.196.000 con UVT (\$49.799) año 2025 SI (☐) 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 (☒) 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 (☒), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI (☐) NO (☒): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

5. Aporte cuenta AFC SI (☐) NO (☒): 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 (☒);

Favor indicar la tarifa ()%

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

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2024, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2024, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2025. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2024

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 (\$1,593.568) 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 Cartagena a los 21 días del mes de marzo de 2025

Firma: Walfraan Vides A.
Nombres y Apellidos: WALFRAN DE JESUS VIDES ANDRADE
C.C. 1079661227

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/02/2025VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	830000167	Cédula Usuario:	CC 79144216
Nombre:	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS				
Dirección:	CRA 10 # 64 - 28				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	jpinerosb@invima.gov.co				
Teléfono:	6017422121		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79144216	FRANCISCO AUGUSTO ROSSI BUENAVENTURA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1904	13/02/2025	CC 1079661227	VIDES ANDRADE WALFRAN	5	6.960	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

57DD413CC54FA3CFEB0AE12F4EB96862

Certificado impreso el día 2/12/2025 6:16:31 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda



VIGILANCIA DE CALIDAD
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

WALFRAN DE JESUS

VIDES ANDRADE

1079661227

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENT

830000167

Este carné es personal e intransferible.

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e869d31a3b5f4cbde18faa501f10d3a4c4cb2623d360046a022e822b5b2bbe949f7ca39df1808c464ef21cd3fef21c87

Número de Factura: WJVA-3017

Fecha de Emisión: 13/03/2025

Fecha de Vencimiento: 13/03/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Consignación bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VIDES ANDRADE WALFRAN DE JESUS

Nombre Comercial: VIDES ANDRADE WALFRAN DE JESUS

Nit del Emisor: 1079661227

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 4741;7490

País: Colombia

Departamento: Magdalena

Municipio / Ciudad: Santa Marta

Dirección: MZ F CA 2 URB VILLA DEL MAR

Teléfono / Móvil: 3014829007

Correo: walfrandj06@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 830000167

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-13

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: Cra 10 64 60

Teléfono / Móvil: 7422121

Correo: contabilidad@invima.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	PS2	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y o de apoyo a la gestión contrato 327 DE 2025 PAGO MES DE FEBRERO	NIU	1,00	\$ 3.737.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 3.737.000,00

Notas Finales

#\$19-12-00;327;ycelyr@invima.gov.co#\$

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
13/03/2025 07:22:06
Documento validado por la
DIAN:
13/03/2025 07:22:06
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	3737000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3737000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	3737000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3737000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	3.737.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3.737.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	3.737.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3.737.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764080933666 Rango desde: 3001 Rango hasta: 4000 Vigencia: 2026-10-03