


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	MIGUEL ANGEL ZARATE ROMERO		NIT/ CC No.	1032503860	
CORREO ELECTRÓNICO	mzarater@invima.gov.co		TELÉFONO	3243745781	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	911-2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	83 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA DE LA SECRETARÍA GENERAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ARCHIVÍSTICAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN ACORDE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-10-09	FECHA DE INICIO	2024-10-09	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 6.086.667	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 6.086.667	VALOR A PAGAR	\$ 2.200.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 3.886.667	VALOR PAGADO	\$ 2.200.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	2024-10-09 a 2024-11-08
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	06000006650
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	81840269				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	oct-24	2024-11-18	\$ 119.200	COMPENSAR	
PENSIÓN	oct-24	2024-11-18	\$ 152.600	PORVENIR	
ARL	oct-24	2024-11-18	\$ 5.000	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 periodo 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 Interventoría 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	11	18	
 Judy Magali Rodríguez Santana Asesor de la Dirección General con delegación de funciones Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia		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.					

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES**

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Bogotá D.C.

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: Miguel Ángel Zarate Romero
Identificación: 1032503860

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 () NO ()
* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 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					
				-	

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:

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

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 (x)% para la deducción.

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

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

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 14 días del mes de noviembre del 2024



Miguel Ángel Zarate Romero
C.C. 1032503860

Certificación Bancaria

Miércoles, 06 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MIGUEL ANGEL ZARATE ROMERO identificado(a) con CC 1032503860, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	06000006650	2021-06-15	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

	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	911-2024		
CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL ZARATE ROMERO	NIT / C.C No. :	1032503860
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA DE LA SECRETARÍA GENERAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ARCHIVÍSTICAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN ACORDE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 6.086.667		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024/10/09	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	83
FECHA DE INICIO:	2024/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024/12/31
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 10-10-2024	HASTA:	2024/10/09
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Judy Magali Rodríguez San		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	Desarrollar las actividades archivísticas de conformidad con los procesos relacionados al sistema de gestión integrado, documental del Invima, de acuerdo con las metas estipuladas.	Para el presente periodo se me asigno el lote cajas a intervenir correspondiente al Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos intervinis, 2 piso de la sede central del Invima para el proceso de inventario en su estado natural	EVIDENCIAS
2.	Realizar el cambio de unidades de almacenamiento 20 cajas diarias, con el fin de fortalecer la gestión de los procesos relacionados con el sistema de gestión integrado y documental de la Entidad.	Para el presente periodo se trabajó en el cambio de unidades conservación y almacenamiento total 164 cajas	EVIDENCIAS
3.	Elaborar el Inventario en estado natural de la documentación producida por las dependencias, grupos de trabajo y demás áreas	Para el presente periodo se trabajó en la realización del inventario en su estado natural correspondiente al	EVIDENCIAS

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

	administrativas del INVIMA, en el Formato Único de Inventario Documental-FUID, de 20 cajas diarias.	Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos Total, 2.150 registros	
4.	Construir el rotulo de 20 cajas diarias de las diferentes dependencias y grupos de trabajo de la entidad con el fin de Consolidar el sistema de gestión documental de la entidad.	Para el presente periodo se trabajó en la elaboración de los rótulos diarios correspondiente al Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos Total 164 rótulos	EVIDENCIAS
5.	Elaborar informes mensuales donde se refleje la ejecución del objeto contractual, así como las demás que sean solicitadas por el supervisor del contrato	Para el presente periodo se realizó el informe correspondiente al periodo del 10 de octubre al 08 de noviembre con las funciones realizadas	EVIDENCIAS
6.	Entregar y consolidar el informe final de la ejecución y cierre del expediente relacionado con el objeto contractual	Para el presente periodo se reportó a Jorge Enrique Amórtegui Romero la producción diaria al correo	EVIDENCIAS
7.	Brindar apoyo a las demás actividades que sean requeridas por el supervisor para el cumplimiento de las metas y del objeto contractual.	Para el presente periodo no se ha realizado esta actividad	

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

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

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

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

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 octubre del 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)
01	\$ 2.200.000	\$1.300.000	30	\$276.800	81840269	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 6.086.667
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 2.200.000
Saldo del contrato	\$ 3.886.667

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	

Atentamente,

Miguel Ángel Zarate Romero
 Contratista Técnico Gestión Documental
 C.C. No. 1032503860

Recibí a satisfacción:

Judy Rodríguez
 Judy Magali Rodríguez Santana
 Cargo: Asesor de la Dirección General con delegación de funciones
 Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
 Dependencia: Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
 Supervisora Contrato 911 de 2024