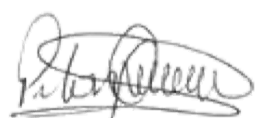



invíma		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	DUVÁN ARTURO ROMERO GUTIÉRREZ		NIT/ CC No.	1,071,302,786	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:dromerog@invima.gov.co">dromerog@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3177831102	
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	1014 DE 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	35 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE COMUNICACIONES DEL INVIMA, EN TODAS LAS ETAPAS DE LA PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, DESDE LA CREACIÓN, REPRESENTACIÓN Y DIAGRAMACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES, HASTA LA EJECUCIÓN Y POSTPRODUCCIÓN DE LOS MATERIALES QUE CONTRIBUYA CON LA MEJORA DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-11-25	FECHA DE INCIO	26/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 6,116,400	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 6,116,400	VALOR A PAGAR	\$ 6,116,400
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 833,772	VALOR PAGADO	5,282,628	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(26 de noviembre al 25 de diciembre de 2024)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	39500053473
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	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	82246615				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2024-11	2024-12-11	\$ 272,800.00	Compensar	
PENSIÓN	2024-11	2024-12-11	\$ 349,200.00	Colpensiones	
ARL	2024-11	2024-12-11	\$ 11,400.00	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 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 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	12	25		
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
 <b>ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA</b> ASESOR DE LA DIRECCIÓN GENERAL CON ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE COORDINACIÓN DEL GRUPO DE COMUNICACIONES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 2024045070 DEL 30 SEPTIEMBRE DE 2024. Supervisor contrato 736 de 2024			Nombre		
			Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD	
			Consecutivo:		
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	1014 DE 2024		
<b>CONTRATISTA:</b>	DUVÁN ARTURO ROMERO GUTIÉRREZ	<b>NIT / C.C No. :</b>	1071302786
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE COMUNICACIONES DEL INVIMA, EN TODAS LAS ETAPAS DE LA PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, DESDE LA CREACIÓN, REPRESENTACIÓN Y DIAGRAMACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES, HASTA LA EJECUCIÓN Y POSTPRODUCCIÓN DE LOS MATERIALES QUE CONTRIBUYA CON LA MEJORA DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	Seis Millones ciento diez y seis mil cuatrocientos pesos M/CTE (\$6.116.400).		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2024/11/25	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	2024/12/31
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2024/11/26	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2024/12/31
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2024/11/26	<b>HASTA:</b>	2024/12/25
<b>PAGO NÚMERO:</b>	1	<b>DEPENDENCIA:</b>	Grupo de Comunicaciones - Dirección General.
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Prestar apoyo en actividades de relacionadas con la preproducción, elaboración del guion técnico, grabación, edición del material audiovisual requerido para socializar en los diferentes canales de comunicación internos y externos del Invima.	Desarrollo de preproducción para pieza audiovisual INVIMA TE ACOMPAÑA.  Desarrollo preproducción pieza audiovisual carta de trato digno.	<a href="#">INVIMA TE ACOMPAÑA</a> <a href="#">VALORIA - TRATO DIGNO</a>
2	Apoyar el diseño y elaboración de las piezas audiovisuales de alta calidad, con contenidos que contengan la identidad visual del Instituto y que comunique de manera efectiva.	Grabación y edición entrevistas VOX POP ¿Qué significa para ti tomar café?  Grabación y edición planos para presentar el himno del INVIMA.	<a href="#">VOX POP - CAFÉ MEET</a>

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

3	Brindar acompañamiento y apoyo en la grabación y edición de los webinar solicitados al Grupo de Comunicaciones del Invima.	En disposición para la ejecución.	
4	Apoyar la producción del evento de cierre de gestión 2024 con materiales audiovisuales, para contribuir con la mejora de la imagen institucional de conformidad con las solicitudes realizadas y aprobadas por el supervisor del contrato.	<p>Apoyo a la consolidación del material para transmitir vía TEAMS.</p> <p>Animación 18 Banners nombre y cargo de las personas que intervienen.</p> <p>Animación SINFIN identidad evento Cierre de Gestión INVIA 2024.</p> <p>Animación de los recursos detallados a continuación:</p> <p>Cortinilla: Categoría Mejores Servidores</p> <p>Cortinilla: Mejor Servidor del Nivel Asistencial</p> <p>Cortinilla: Mejor Servidor del Nivel Técnico</p> <p>Cortinilla: Mejor Servidor del Nivel Profesional</p> <p>Cortinilla: Mejor Servidor Público del Invima 2024</p> <p>Cortinilla: Mejores Equipos de Trabajo</p> <p>5 cortinillas: Nombre del proyecto, integrantes, dependencia y foto del equipo.</p> <p>Cortinilla: Tercer lugar, Nombre del proyecto, integrantes, dependencia y foto.</p> <p>Cortinilla: Segundo lugar, Nombre del proyecto, integrantes, dependencia y foto.</p> <p>Cortinilla: Primer lugar, Nombre del proyecto, integrantes, dependencia y foto.</p> <p>Cortinilla: Talentos con Excelencia</p> <p>33 cortinillas: con nombre de la dependencia, nombre y foto del</p>	<a href="#"><u>EVENTO CIERRE DE GESTIÓN</u></a>

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

		héroe y nombre y foto de provisional. Cortinilla: Categoría Actividades Deportivas y de Bienestar Cortinilla: Categoría Facilitadores de Calidad Cortinilla: Categorías Líderes de PAPP	
5	Apoyar la realización de los tutoriales requeridos a la Coordinación de Comunicaciones, con el fin de dar a conocer los lineamientos claros a los públicos de interés.	Actividades de preproducción Pieza audiovisual INVIMAGIL.	<a href="#">INVIMAGIL</a>

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
2.				
.....				

### 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)

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

1	\$5,242,628	\$2,182,000	30	\$633,400	9478245400	Aportes en línea
---	-------------	-------------	----	-----------	------------	------------------

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$6.116.400
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$5,242,628
Saldo del contrato	\$833,772

**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
Acta inicio	X	
Pago 1	X	

Atentamente,

  
**Duván Arturo Romero Gutiérrez**  
 Contratista  
 C.C. No. 1.071.302.786 Quetame

Recibí a satisfacción:

  
**ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA**  
 Asesor de la Dirección General con asignación de funciones de coordinación del Grupo de Comunicaciones conforme a la Resolución 2024045070 del 30 de septiembre de 2024. Supervisor Contrato 1014 de 2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071302786		ROMERO GUTIERREZ DUVAN ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 n 36 51 7 etapa de la esperanza	VILLAVICENCIO-META	6653986	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1117869054	9478245400	I	2024/12/19	2024/12/11	BANCOLOMBIA	0	\$633,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ede	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	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
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																									
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																									
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																																									
1	CC 1071302786	ROMERO DUVAN																		25-14	30	\$2,182,000	\$349,200	EPS008	30	\$2,182,000	\$272,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,182,000	0.522%	\$11,400	0	\$0	\$0	No	\$633,400
<b>Total Afiliados( 1)</b>																																									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071302786		ROMERO GUTIERREZ DUVAN ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 n 36 51 7 etapa de la esperanza	VILLAVICENCIO-META	6653986	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1117869054	9478245400	I	2024/12/19	2024/12/11	BANCOLOMBIA	0	\$633,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$349,200	\$0	\$0	\$349,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$349,200	\$0	\$0	\$349,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$272,800	\$0	\$0	\$272,800	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$272,800	\$0	\$0	\$272,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$633,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$633,400</b>	

**DECLARACIÓN DE PURIFICACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE  
RETENCIÓN A TÍTULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS  
PERSONALES**

Bogotá D.C.

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: Duván Arturo Romero**  
**Identificación: 1.071.302.786 de**  
**Quetame**

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 certificación<sup>1</sup>.

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 párrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

<sup>1</sup> 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 ( )% 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 D.C** a los **25** días del mes de **DICIEMBRE** del **2024**

"  
  
Duán Arturo Romero  
c.c. 1071302786

