	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	**María Cristina D'Pino Franco**	**NIT/ CC No.**	1036925116
CORREO ELECTRÓNICO	mdpinof@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3125368585
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	**369 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**24/07/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA Y FARMACÉUTICA DE LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 5.522.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 33.132.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 6**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**25 de Junio de 2024 al 24 de Julio de 2024**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**0550488440726427**

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)

N/A

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	79412305			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 277.400	**EPS Sura**
PENSIÓN	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 355.100	**Porvenir**
ARL	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 11.700	**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	8	12	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ **COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA**	**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.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	369 de 2024		
CONTRATISTA:	María Cristina D'Pino Franco	**NIT / CC No.:**	1036925116
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA Y FARMACÉUTICA DE LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS 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 - INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.132.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-24**	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	**2024-07-24**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-24**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-24**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA	**N/A**	**No. de póliza**	**N/A**

AMPAROS	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**	
		DESDE	**HASTA**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

6. SANCIONES

SI_____ **NO**___**X**_____

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____**X**_____ **NO**_____

8. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 33.132.000
ADICIONES	$ 0
MODIFICACIONES	$ 0
SUBTOTAL	$ 33.132.000
VALOR EJECUTADO	$ 33.132.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	$ 0

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
1	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	• rad. 20191257024_ levetiracetam • PND-64_Rad. 20231248904_Rivaroxaban 15 mg tableta recubierta (Alkerox) • PND-64_Rad. 20231248904_Rivaroxaban 15 mg tableta recubierta (Alkerox) • PND-87_Rad. 20231268137_Everolimus 0.25 mg (Evascend) • PND-91_Rad.20231270774_Metformina clorhidrato 850 mg, Vildagliptina 50 mg (Gliciron plus 850) • FIE 1294- Rad. 20221197343_Metformina clorhidrato 850 mg tableta recubierta • FIE-1178_Rad.20211230793_Metformina clorhidrato 100mg, Dapagliflozina 5mg (Dapakem) • PND-112_Rad.20241012747_Metformina clorhidrato 500mg, Vildagliptina 50 mg • RAD. 20191257024 EXITELEV_LEVETIRACETAM 500 MG TAB_ RESPUESTA AUTO • FIE-1466_Rad- 20231070204_Dasatinib 140 mg tableta (SPRYCEL) • FIE-1470_Rad- 20231082212_Dasatinib 70 mg tableta (SPRYCEL) • FIE-1471_Rad- 20231082216_Dasatinib 100 mg tableta (SPRYCEL)

		• RAD. 20211058737 KIGEFO® GEFITINIB 250MG TABLETA RECUBIERTA_ RESPUESTA AUTO • FIE 1312 Radicado 20211301187 ALTUXERINMET Metformina HCl 1000 mg + Sitagliptina HCl 100 mg • FIE 1311 Radicado 20211301169 ALTUXERIN Sitagliptina HCl 100 mg tableta recubierta • FIE 1350 Radicado 20221060162 ALTUXERINMET Metformina HCl 1000 mg + Sitagliptina HCl 50 mg tableta • FIE 1351 Radicado 20221058982 SITAGLIPTIN 100 MG TABLETAS RECUBIERTAS • FIE 1352 Radicado20221068666 SITAGLIPTIN 50 MG TABLETAS RECUBIERTAS • FIE 1340 Radicado 20221094869 ITZAL_SITAGLIPTIN 100 MG TABLETAS RECUBIERTAS • FIE-1296_Rad.20211292981_MICOFENOLATO DE MOFETILO 500mg TABLETA RECUBIERTA (TECNOZIDA) • RAD. 20211025345 MANTIXA APIXABAN_5 MG TAB_ RESPUESTA AUTO • FIE 1333 Radicado 20221089313 ITZAL_ SITAGLIPTIN 50 MG TABLETAS RECUBIERTAS. • FIE 1407 Radicado 20221275759 APIXABAN 5MG TABLETAS RECUBIERTAS (EUROFARMA) • FIE 1406 Radicado 20221275647 APIXABAN 2.5MG TABLETAS RECUBIERTAS (EUROFARMA) • FIE1404 Rad. 20221275460 PLAXABAN® RIVAROXABAN 2.5 MG TABLETAS RECUBIERTAS • FIE 1393- Rad. 20221252385_Abiraterona acetato 500 mg tableta recubierta (Genfar) • FIE 1396- Rad. 20221253286_IBRUVITAE® IBRUTINIB 140 MG CAPSULAS DURAS • FIE 1373- Rad. 20221200259 GABAPI® GABAPENTINA 400 MG CÁPSULAS
2	Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites asociados	Se elabora concepto/ preconcepto técnico de los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites asignados durante el periodo del contrato, mencionados en el ítem anterioir. Dicho concepto queda registrado en el numeral 9 del FORMATO PARA INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD (BD) Y BIOEQUIVALENCIA (BE) Código: ASS-RSA-FM162
3	Apoyar el agendamiento de solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios asociados.	Actividad no asignada durante el periodo objeto del contrato

4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registro sanitario y tramites asociados	Actividad no asignada durante el periodo objeto del contrato
5	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes	**1. Atención al ciudadano** • Acta de atención a usuario Cita No 46085 QUIRUPOS SAS • Acta de atención a usuario Cita No. 41708 Jassen Cilag S.A • Acta de atención a usuario Cita No. 41807 Glaxosmithkline Colombia S • Acta de atención a usuario Cita No. 41840 Laboratorio Profesional farmacéutico S.A.S (Laproff) • Acta de atención a usuario Cita No. 41950 ID Pharma lab SAS rev. • Acta de atención a usuario Cita No. 42234 CELNOVA PHARMA COLOMBIA S.A • Acta de atención a usuario Cita No. 42611 - PTC THRAPEUTICS • Acta de atención a usuario Cita No. 42857 GE Healthcare Colombia .AS • Acta de atención a usuario Cita No. 43620 Amgen Biotecnológica SAS **2. Respuesta correspondencia** • 20241023896_ Esomeprazol_Cubierta entérica • 20241033311_ Licocaina parches tópicos • 20241070043_ Aclaración Guía ASS-RSA-GU82 Modificaciones • 20241084147_ híbrido_ bacteriofago y med. de sintesis_megalabs • 2024113507_Inclusión Pirfnidona_ Listado BD y BE • 20241166539_ Diclofenaco Tab. Lib. Modif. In Vitro_ La Sante • 20241132660_ Bioequivalencia vs. estabilidad_tecnoquimicas
6	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites, como es el caso de la base de datos de registros sanitarios	1. Actualización de plan de trabajo del mes 2. Cargue de cada uno de los FIEs generados en la BIBLIOTECA _COMISION_REVISORA_GASECR 3. Actualización de Base de datos de correspondencia
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por los usuarios, respecto a Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE9 de medicamentos y productos biológicos	Actividad no asignada durante el periodo objeto del contrato
8	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor	Capacitaciones, reuniones y actividades varias • 26/01/2024: Entrenamiento - Herramientas Tecnológicas Invima.29/01/2024: Inducción INVIMA - BASE DE REGISTROS SANITARIOS

		• 29/01/2024: PROCESO DE INDUCCIÓN MODIFICACIONES INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA • 01/02/2024:SOCIALIZACIÓN PLAN DE TRABAJO GASECR - PRESENTACIÓN PLAN DE CONTINGENCIA 2024 DMPB • 06/02/2024: REVISIÒN ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA SIGFRIED • 14/02/2024: Capacitacion base de datos registro sanitario • 19/02/2024: Seguimiento tramites de bioequivalencia • 26/02/2024: ENTRENAMIENTO EN ASPECTOS LEGALES CORRESPONDENCIA - BIO BIO • 16/04/2024: SEGUIMIENTO BIO BIO • 16/04/2024: Reunión Bioequivalencia DMPB • 10/04/2024: BATERIA DE RIESGO PSICOSOCIAL • 17/05/2024: CAPACITACIÒN BIOEQUIVALENCIA - ESTUDIOS DE CASO • 06/06/2024: REUNIÒN DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL - UNIFICACION DE CRITERIOS GASECR • 09/07/2024 Bienestar: Salud Mental • 22/07/2024: SEGUNDO TALLER DE BIOEQUIVALENCIA • 22/07/2024: Estado de contratación

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE____ BUENO __X__ REGULAR ___ MALO _____

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES FORMATO GAD-GCT-FM8)

12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todos las certificaciones de cumplimento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9,** soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	

Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO[1] del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número xxxxx de 20xx, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número xxxxxx de 20xx en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá a los 12 dias del mes agosto de 2024



Firma
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinador del grupo de apoyo a las salas especializadas de la comisión revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 1295 de 2023

[1] 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

	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	369 de 2024			
CONTRATISTA:	María Cristina D'Pino Franco		**NIT / C.C No. :**	1036925116
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA Y FARMACÉUTICA DE LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS 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 - INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 5.522.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024/01/25**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**6 meses**
FECHA DE INICIO:	**2024/01/25**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024/07/24**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024/06/25**	**HASTA:**	**2024/07/24**
PAGO NÚMERO:	**006**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	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	Evaluación técnica de los documentos aportados por el titular del registro sanitario para evaluación de biodisponibilidad y bioequivalencia y para cada caso diligenciamiento del formato ASS-RSA-FM162 FORMATO PARA INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE ESTUDIOS DE BIODISPONIBILIDAD (BD) Y BIOEQUIVALENCIA (BE)	1. FIEs correspondientes a cada uno de los trámites gestionados FIE 1373- Rad. 20221200259 GABAPI® GABAPENTINA 400 MG CÁPSULAS FIE 1396- Rad. 20221253286_IBRUVITAE® IBRUTINIB 140 MG CAPSULAS DURAS FIE 1393- Rad. 20221252385_Abiraterona acetato 500 mg tableta recubierta (Genfar)
2	Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites asociados	No aplica para el periodo objeto del informe	N/A

3	Apoyar el agendamiento de solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios asociados.	No aplica para el periodo objeto del informe	N/A
4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registro sanitario y tramites asociados	No aplica para el periodo objeto del informe	N/A
5	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes	Evaluación y respuesta de correspondencia	20241132660_ Bioequivalencia vs. estabilidad_tecnoquimicas 20241166539_ Diclofenaco Tab. Lib. Modif. In Vitro_ La Sante
6	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites, como es el caso de la base de datos de registros sanitarios	1. Actualización de plan de trabajo del mes 2. Cargue de uno de los FIEs generados en la BIBLIOTECA_COMISION _REVISORA_GASECR	1. FIE correspondiente a cada trámite asignado.
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por los usuarios, respecto a Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE9 de medicamentos y productos biológicos	No aplica para el periodo objeto del informe	N/A
8	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor	Capacitaciones, reuniones y actividades varias	09/07/2024 Bienestar: Salud Mental 22/07/2024: SEGUNDO TALLER DE BIOEQUIVALENCIA 22/07/2024: Estado de contratación

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

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 abril del año 2024.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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)
006	$ 5.522.000	$ 2.208.800	30	$ 644.200	79412305	Mi Planilla.com Especialistas en seguridad social

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 33.132.000
Saldo del contrato	$ 0

6. PUBLICACIÓN 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
	x	

Atentamente,



Firma
María Cristina D´Pino Franco
Contratista
C.C. No. 1.036.925.116

Recibí a satisfacción:



Firma
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora del grupo de apoyo a las salas especializadas de la comisión revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 369 DE 2024

	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	**María Cristina D'Pino Franco**	**NIT/ CC No.**	1036925116
CORREO ELECTRÓNICO	mdpinof@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3125368585
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	**369 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**24/07/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA Y FARMACÉUTICA DE LA INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 5.522.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 33.132.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 6**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**25 de Junio de 2024 al 24 de Julio de 2024**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**0550488440726427**

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)

N/A

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	79412305			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 277.400	**EPS Sura**
PENSIÓN	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 355.100	**Porvenir**
ARL	**2024/07**	**2024-08-12**	$ 11.700	**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	8	12	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ **COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA**	**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.

	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

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: María Cristina D'Pino Franco
Identificación: CC 1.036.925.116

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 (x) 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	Ministerio de Salud y Protección Social	18/01/2024	30/10/2024	$ 79.571.563,00	$ 8.231.541,00
2					
3					
	INVIMA	25/01/2024	24/07/2024	$ 33.132.000,00	$ 5.522.000,00
				$ 112.703.563,00	$ 13.753.541,00

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

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____a los 12 días del mes de _Agosto_ del 2024

Firma: _____

Nombres y Apellidos: María Cristina D'Pino Franco

C.C. 1.036.925.116

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1036925116	MARIA CRISTINA D'PINO FRANCO	Finca 513A - Vereda la Clara	3125368585	mariac.dpino@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ANTIOQUIA	GUARNE		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79412305	$644.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	276.100	0		0		0	6	1.300	0	277.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	353.500	0	0	0	0	6	1.600	0	355.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	6	100	11.700			116	11.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.100	277.400
Pensión	1	353.500	355.100
Riesgos Laborales	1	11.600	11.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.200	644.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1036925116	MARIA CRISTINA D'PINO FRANCO		Finca 513A - Vereda la Clara	3125368585	mariac.dpino@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	GUARNE		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79412305	$644.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1036925116	D'PINO FRANCO MARIA CRISTINA	59	0			N		X															230301	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS010	2.208.800	276.100	14-23	2.208.800	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1036925116		DEPINO FRANCO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Finca 513a vereda la clarita	GUARNE-ANTIOQUIA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	824664995	9471048862	I	2024/08/06	2024/08/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,021,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,292,617	$526,900			$3,292,617	$411,600			$3,292,617	$65,900			$3,292,617	$17,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,292,617	$526,900			$3,292,617	$411,600			$3,292,617	$65,900			$3,292,617	$17,200		$0	$0
Ciudad: GUARNE Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$3,292,617	$526,900			$3,292,617	$411,600			$3,292,617	$65,900			$3,292,617	$17,200		$0	$0
1	CC	1036925116	D'PINO MARIA	230301	30	$3,292,617	$526,900	EPS010	30	$3,292,617	$411,600	CCF04	30	$3,292,617	$65,900	14-11	30	$3,292,617	$17,200	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,292,617	$526,900			$3,292,617	$411,600			$3,292,617	$65,900			$3,292,617	$17,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1036925116		DEPINO FRANCO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Finca 513a vereda la clarita	GUARNE-ANTIOQUIA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	824664995	9471048862	I	2024/08/06	2024/08/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,021,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$526,900	$0	$0	$526,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$526,900	$0	$0	$526,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,200	$0	$0	$17,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,200	$0	$0	$17,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,900	$0	$0	$65,900
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	1	$65,900	$0	$0	$65,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$411,600	$0	$0	$411,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$411,600	$0	$0	$411,600
TOTAL				1	$1,021,600	$0	$0	$1,021,600

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **22/07/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CRISTINA DPINO FRANCO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1036925116**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488440726427**
Fecha de apertura	**12/08/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14965578290

(415)7707212489984(8020) 000001496557829 0

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

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	1 0 3 6 9 2 5 1 1 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Rionegro 6 1 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
D`PINO	FRANCO	MARIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Guarne 3 1 8

41. Dirección principal
VDA LA CLARA FCA EL MIRAI

42. Correo electrónico mariac.dpino@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
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 1 9 1 1 0 1						2 1 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 12 - 06 / 13 : 28: 20

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 D`PINO FRANCO MARIA CRISTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO