

	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	mdpino@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	\$ 16.566.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 11.044.000	VALOR PAGADO	\$ 22.088.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 4
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	25 de Abril de 2024 al 24 de Mayo 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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA		78800420			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2024/05	2024-07-22	\$ 285.700	EPS Sura	
PENSIÓN	2024/05	2024-07-22	\$ 365.800	Porvenir	
ARL	2024/05	2024-07-22	\$ 12.100	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	7	22	
		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 TÍTULO 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 (☒) 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	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 (☒), 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** dirijase 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 (☒) : 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 (☒) 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 4 días del mes de junio del 2024

Firma: 
Nombres y Apellidos: María Cristina D'Pino Franco
C.C. 1.036.925.116

Información básica de la planilla

Empresa:	MARIA CRISTINA D'PINO FRANCO	NIT:	1036925116
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2024
Número de Radicación:	78800420	Total a pagar:	\$663,600
Fecha de vencimiento:	07/06/2024	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	22/07/2024	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	Número Autorización:	789920858
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$12,100
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$365,800
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0	\$285,700
						\$663,600

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 78800420, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	Valor
2024-05	2024-05	645827808		9467207531	I	2024/06/07	2024/05/17	BANCO DAVIVIENDA	\$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		Días	IBC	Aporte							
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$3,292,617	\$526,900				\$3,292,617	\$411,600				\$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	\$17,200			\$0	\$0							
Ciudad: GUARNE Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)							\$3,292,617	\$526,900				\$3,292,617	\$411,600				\$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		

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
2024-05	2024-05	645827808	9467207531	I	2024/06/07	2024/05/17	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	

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14965578290			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1036925116				6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	
						14. Buzón electrónico 11	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1036925116		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Antioquia		30. Ciudad/Municipio Rionegro		615	
31. Primer apellido D'PINO		32. Segundo apellido FRANCO		33. Primer nombre MARIA		34. Otros nombres CRISTINA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Antioquia		40. Ciudad/Municipio Guarne		318	
41. Dirección principal VDA LA CLARA FCA EL MIRAI							
42. Correo electrónico mariac.dpino@gmail.com							
43. Código postal 054040				44. Teléfono 1 3125368585			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 7490		47. Fecha inicio actividad 20191101		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
50. Código 1		2		51. Código 2113		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 549							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre D'PINO FRANCO MARIA CRISTINA				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

22/07/2024

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