GESTIÓN ADMINISTRATIVA — ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

invima

FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN

Código: GAD-ABS-FM009 — Versión: 03 — Fecha de emisión: 03/07/2020

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO	NIT/ CC No.	72194962
CORREO ELECTRÓNICO	ggallegoc@invima.gov.co	TELÉFONO	3126456316
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	617 del 2020	TERMINO DE EJECUCIÓN	163 dias
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVIVIOS PROFESIONALES AL INVIMA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE CONSOLIDACION DEPURACION Y ANALISIS DE INFORMACION DE BASE DE DATOS EN LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	06/07/2020	FECHA DE INCIO	06/07/2020	FECHA DE TERMINACIÓN	18/12/2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 14.872.190	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	$ 6.660.551	VALOR A PAGAR	$ 2.737.213
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 3.923.338	VALOR PAGADO	10.948.852	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 4)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(6 de Oct al 5 de Nov del 2020)
BANCO	Bogota	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	574162756

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	N/A	Otros. Cuales?	N/A	

(Indique las observaciones respectivas)

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

NÚMERO DE PLANILLA		18902396		
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	octubre	03/11/2020	136.900	nueva eps
PENSIÓN	octubre	03/11/2020	175.200	Colpensiones
ARL				

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 EJECUCION 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 Interventoria GAD-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	DD	MM	AA
	6	11	2020

LUIS ARMANDO CERON DIRECTOR DE OPERACIONES SANITARIAS	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** **Nombre** **Fecha de revisado:** **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 interventoria y Supervisión GAD-ABS-MN002.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-ABS-FM027	Versión: 01	Fecha de emisión: 10/06/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	517 DEL 2020			
CONTRATISTA:	GIOVANNYJAVIER GALLEGO CASTRO		**NIT / C.C No. :**	72194962
OBJETO CONTRACTUAL:	.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE CONSOLIDACION DEPURACION Y ANALISIS DE INFORMACION DE BASE DE DATOS EN LA DIRRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS			
VALOR DEL CONTRATO	$ 14.872.190			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	06/07/2020		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	163 días
FECHA DE INICIO:	06/07/2020		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	18/12/2020
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	6 de octubre	**HASTA:**	5 de Noviembre 2020
PAGO NÚMERO:	4		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	LUIS ARMANDO CERON ESCORCIA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo en la compilación validación estandarización y análisis de la información de la Dirección de operaciones sanitarias.	, Se revisó la relación de vehículos fijos y se comparó con las planillas de vehículos por trayecto del 1 al 15 de oct. Apoyo en la asignación de radicados en Se SUIT	El registro de actividades realizadas reposa en la carpeta compartida del sistema informático de la Dirección de Operaciones sanitarias.
2	Apoyar a la gestión de la información de IVC SOA y demás actividades de la entidad a cargo de La Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se revisó y se actualizo según instructivo los formatos IVC – INS-FM 111 y de inspección de bancos de sangre.	Ver formatos IVS-FM 111 de bancos de sangre y dispositivos médicos 2020
3	Prestar apoyo a la elaboración de informes estadísticos, gestión de información presentaciones y respuestas a requerimientos que requiera la dirección de Operaciones Sanitarias	Se revisó las observaciones realizadas en base a la información registrada por el formato IVC -NS –FM 111 de dispositivos médicos	Ver base de datos donde se ajustó información de los diferentes misionales según lo requerido por los diferentes modelos de IVC SOA
4	.Actualizar la base de datos de acuerdo a los reportes de las acciones de Inspección Vigilancia y Control y a la periodicidad establecida por el supervisor	Se revisó base de datos de formatos IVC-INS-FM111 cosméticos 2020.	Este registro de actividades esta diligenciado en los formatos IVC-INS-FM111 DE Cosméticos 2020
5	Apoyar la revisión y actualización de la información de acuerdo a lo definido por el supervisor	Se revisó y actualizo datos de archivos IVC –FM111 de medicamentos según manual de captura de información	Este registro de actividades se encuentra en los formatos suministrados en la carpeta compartida de dirección de operaciones sanitarias

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 **Agosto** del año **2020**.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
3	$ 2.737.213	$ 1.094.886	30	$ 312.100	18902396	Asopados s.a

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 14.872.190
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 10.948.852
Saldo del contrato	$ 3.923.338

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
Primer pago	x	
Segundo pago	x	
Tercer pago	x	

Atentamente,

GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO
Contratista
C.C. No. 72194962

Recibí a satisfacción:

LUIS ARMANDO CERON ESCORCIA
DIRECTOR DE OPERACIONES SANITARIAS

Supervisor, Contrato 517 de 2020.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO
IDENTIFICACION:	CC-72194962
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-03
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-17
FECHA DE PAGO:	2020-11-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	18902396
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18902396
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.094.886	$ 0	$ 0	$ 0	$ 136.900	$ 136.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.094.886	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.200	$ 175.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 312.100	$ 312.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2020

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normalividad vigente. SI ( ) NO (X)

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (X)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($119.945.000 con UVT año 2019 ($34.270) ($124.625.000 con UVT año 2020 ($35,607))). SI (X) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA__X__

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
DIEGO ARMANDO GALLEGO COVA	17	HIJO	1.001.914.636
NATALIA GALLEGO COVA	15	HIJA	1.043.438.596

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 por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____N/A_____ (Adjunto copia). SI ( ) NO (X)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____N/A_____ con _____N/A_____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Artículo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.560,700) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No.__N/A__ Banco __N/A__, consigno la suma de $____N/A_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones __N/A__, la suma de $____N/A____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _N/A la suma de N/A, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (X) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	N/A	Aporte de Salud	N/A
Base (IBC) de Pensión	N/A	Aporte de Pensión	N/A
Base (IBC) de ARL	N/A	Aporte de ARL	N/A

13. Autorizo aplicar un tarifa superior de retención en la fuente a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X)

Atentamente,

Firma:
Nombres y Apellidos Giovanny javier Gallego Castro
C.C. 72194962 de Barranquila

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14508158031

(415)7707212489984(8020) 000001450815803 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 1 9 4 9 6 2	4	Impuestos de Barranquilla 2	

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	7 2 1 9 4 9 6 2	1 9 9 1 1 0 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALLEGO	CASTRO	GIOVANNY	JAVIER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 25 B 53 D 53 BRR LOS PINOS

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
giovannygallego@hotmail.com		3 1 2 6 4 5 6 3 1 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 1 3 0 8 1 6					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 2019 - 04 - 29

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre RONCALLO BETANCUR ERIKA PATRICIA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GIOVANNY GALLEGO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 72.194.962 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 574162756, abierta/o desde el 14/4/2020.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Agosto del año 2020 con destino a: invima



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO