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

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | 337 del 24 de enero de 2026 | | | |
| **CONTRATISTA:** | María Conchita Galvis Arroyo | | **NIT / C.C No. :** | 1047452549 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO LABORATORIO FISICOQUÍMICO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES TENDIENTES A ASEGURAR LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL INCLUIDOS EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DEL INSTITUTO Y BRINDAR RESPUESTA A LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LA SOLICITUD DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS COMPETENCIA DEL LABORATORIO. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | 71.646.400,00 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 2026-01-24 | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 336 |
| **FECHA DE INICIO:** | 2026-01-26 | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 2026-12-31 |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | 2026-01-26 | **HASTA:** | 2026-02-25 |
| **PAGO NÚMERO:** | 1 | | **DEPENDENCIA:** | Oficina de Laboratorios de Control de Calidad |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | Coordinador de Laboratorio Fisicoquímico de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACCIONES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** |
| **1** | Efectuar los análisis fisicoquímicos para los productos competencia del laboratorio (medicamentos, cosméticos, productos de aseo e higiene doméstica y, productos biológicos) dando cumplimiento a los lineamientos del sistema de gestión de los laboratorios bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 e informe 57 de la organización mundial de la salud (OMS). | Inducción al Sistema de Gestión de Calidad Institucional INVIMA y Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio.<br><br>Asistencia presencial y/o virtual a socializaciones y Comité Técnico Primario.<br><br>**Entrenamientos**:<br><br>- Comprobación diaria de balanzas.<br>- Manejo de balanzas y peso promedio.<br>- Entrenamiento en el uso del equipo Milli Q EQ-FQ-113 y diligenciamiento de la carta control.<br>- HPLC.<br>- Disolución.<br>- Determinación de pH. | Listado de asistencia Cód. GDI-DIE-FM002.<br><br>Formulario de asistencia virtual.<br><br>Formulario de evaluación virtual o escrita Cód. PA03-GP-LABS-F009.<br><br>Formato para uso, calibración, comprobación, mantenimiento y limpieza de equipos Cód. PA06-GM-602-F001.<br><br>Autorización en ensayos: PA03-GP-LABS-F006 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **2** | Acompañar al grupo laboratorio fisicoquímico de productos farmacéuticos y otras tecnologías en la proyección de informes de evaluación técnica (FIES) solicitados por la dirección de medicamentos y productos biológicos en los formatos establecidos por la entidad, referente a los tramites asociados a registros sanitarios de productos biológicos. | No se realizó durante este período | No aplica |
| **3** | Generar los informes de análisis correspondientes a las muestras analizadas en el grupo de laboratorio fisicoquímico de productos farmacéuticos y otras tecnologías. | No se realizó durante este período | No aplica |
| **4** | Realizar las actividades de revisión y mejora de la documentación técnica dando cumplimiento a los lineamientos del sistema de gestión de los laboratorios bajo la norma ISO/IEC 17025:2017 e informe 57 de la organización mundial de la salud (OMS). | No se realizó durante este período | No aplica |
| **5** | Participar en las mesas de trabajo que regulan los tramites asociados a los registros sanitarios de medicamentos y productos biológicos de conformidad con la normatividad vigente (cuando aplique). | No se realizó durante este período | No aplica |
| **6** | Participar en las auditorías internas y externas programadas para el grupo de laboratorio fisicoquímico de productos farmacéuticos y otras tecnologías. | No se realizó durante este período | No aplica |
| **7** | Diligenciar las cartas de control para el seguimiento de resultados de los informes emitidos y realizar el envío mediante correo electrónico de la consolidación de los datos mensuales al facilitador de calidad y coordinador. | No se realizó durante este período | No aplica |
| **8** | Proyectar técnicamente las respuestas a solicitudes internas y externas, incluyendo derechos de petición y recursos recibidos por cualquier canal, Conforme a la normativa sanitaria vigente y los | No se realizó durante este período | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | procedimientos establecidos (cuando aplique). | | |
| **9** | Apoyar técnicamente en los procesos administrativos competencia del laboratorio fisicoquímico de productos farmacéuticos y otras tecnologías de acuerdo con las necesidades en los diferentes procesos requeridos para la realización de los análisis de control de calidad de los productos competencia. | No se realizó durante este período | No aplica |
| **10** | Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor. | No se realizó durante este período | No aplica |

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 | | | | |

## 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 2026.

| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6.397.000 | 2.558.800 | 15 | 364.800 | 9499719903 | Aportes en línea |

## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 71.646.400 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 6.397.000 |
| Saldo del contrato | $ 65.249.400 |

## 6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

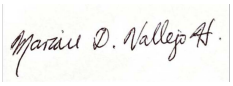
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1 | X | |

Atentamente,



**Firma**
María Conchita Galvis Arroyo
Contratista
C.C. No. 1047452549

Recibí a satisfacción:



**Firma**
**Marian Dalila Vallejo Huertas**
Coordinadora Grupo Laboratorio Fisicoquímico de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías
Dependencia: Oficina de Laboratorios de Control de Calidad
Supervisor(a) Contrato 337 de 2026

| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN CONTRACTUAL |
|---|---|---|
| invima | **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** | MARIA CONCHITA GALVIS ARROYO | **NIT/ CC No.** | 1047452549 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | mgalvisar@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3059265524 |
| **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** | 337 del 24 de Enero de 2026 | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | 337 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO LABORATORIO FISICOQUÍMICO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES TENDIENTES A ASEGURAR LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL INCLUIDOS EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DEL INSTITUTO Y BRINDAR RESPUESTA A LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LA SOLICITUD DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS COMPETENCIA DEL LABORATORIO | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 2026-01-24 | **FECHA DE INCIO** | 2026-01-26 | **FECHA DE TERMINACIÓN** | 2026-12-31 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 71.646.400 | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | $ 71.646.400 | **VALOR A PAGAR** | $ 6.397.000 |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | $ 65.249.400 | **VALOR PAGADO** | $ 6.397.000 | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | PAGO 1 |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | No aplica | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | 26 de ENERO al 25 de FEBRERO del 2026 |
| **BANCO** | Davivienda | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | 057300139581 |

**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)**

Ninguna

**3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**En mi calidad de supervisor** (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

**Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Informe de actividades** | SI | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | NO | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | **Documentos a cargo** | N/A | |
| **Carné** | NO | **Otros. Cuales?** | N/A | |

indique las observaciones respectivas

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | | 9499719903 | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | 2026-01 | 2026-02-17 | $ 160.000 | SANITAS |
| **PENSIÓN** | 2026-01 | 2026-02-17 | $ 204.800 | COLFONDOS |

*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 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 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** | |
| | 2026 | 2 | 27 | |



**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | AAAA-MM-DD |

**Marian Dalila Vallejo Huertas**

**Coordinadora Grupo Laboratorio Fisicoquímico de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías**

**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.

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 1047452549 | | MARIA CONCHITA GALVIS ARROYO | INDEPENDIENTE | Principal | calle 63 #45-59 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3059265524 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 70068763 | 9499719903 | I | 2026/02/11 | 2026/02/17 | NEQUI | 6 | $366,300 |

**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)** | | | | | $1,279,400 | $204,800 | | | $1,279,400 | $160,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,279,400 | $204,800 | | | $1,279,400 | $160,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,279,400 | $204,800 | | | $1,279,400 | $160,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1047452549 | GALVIS MARIA | 231001 | 15 | $1,279,400 | $204,800 | EPS005 | 15 | $1,279,400 | $160,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,279,400 | $204,800 | | | $1,279,400 | $160,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $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 1047452549 | | MARIA CONCHITA GALVIS ARROYO | INDEPENDIENTE | Principal | calle 63 #45-59 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3059265524 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 70068763 | 9499719903 | I | 2026/02/11 | 2026/02/17 | NEQUI | 6 | $366,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $204,800 | $800 | $0 | $205,600 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $204,800 | $800 | $0 | $205,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $700 | $0 | $160,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $160,000 | $700 | $0 | $160,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$364,800** | **$1,500** | **$0** | **$366,300** |

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES AÑO 2026**

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 Conchita Galvis Arroyo
Identificación: C.C. 1.047.452.549

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.

   * $199.196.000 con UVT ($49,799) año 2025 SI ( X ) NO ( )
   * $209.496.000 con UVT ($52.374) año 2026 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 ( ) NO ( X ) 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 | | | | | |
| | INVIMA | | | | |
| | | | | - | - |

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 2025, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2025, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2026. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2025

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 ($1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Pagos adicionales 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 26 días del mes de FEBRERO del 2026 .

Firma: María C Galvis A.
Nombres y Apellidos: María Conchita Galvis Arroyo
C.C. 1047452549

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141239055074

(415)7707212489984(8020) 000014123905507 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 4 7 4 5 2 5 4 9 | 2 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 4 7 4 5 2 5 4 9 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALVIS | ARROYO | MARIA | CONCHITA |

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 76 B 80 55

42. Correo electrónico mcga2922@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 4 5 6 4 8 1 0 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 |
| 0 0 1 0 | 2 0 1 5 0 1 0 5 | 7 4 9 0 | 2 0 2 6 0 1 0 1 | | | |

### 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 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

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 GALVIS ARROYO MARIA CONCHITA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **18/02/2026**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA GALVIS ARROYO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047452549**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550057300139581** |
| Fecha de apertura | **03/07/2015** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA