
	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	Juan Carlos Romero Venegas		NIT/ CC No.	79.516.486			
CORREO ELECTRÓNICO	jromerov@invimas.gov.co		TELÉFONO	3142037513			
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	368-2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	165 Días			
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión para el desarrollo de actividades administrativas, y de gestión documental requeridos por la Dirección General del Insituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-26	FECHA DE INICIO	2026-01-27	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-07-11		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 12.100.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 12.100.000	VALOR A PAGAR	\$ 2.200.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 9.900.000	VALOR PAGADO	\$ 2.200.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	1	PERIODO OBJETO DE PAGO	(27 de Enero al 27 de Febrero del 2026)		
BANCO	CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA	AHORRO	No DE CUENTA	24105627748		
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	N/A	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							
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A			
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A			
ARL	N/A	N/A	N/A	N/A			
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)							
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo de cobro, objeto de la presente certificación. 							
<input type="checkbox"/> 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		
			2.026	2	27		
 Lynda Patricia Prieto Navarrera Asesora de la Dirección General			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 Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.							



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS identificado(a) con CC 79516486 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	24/06/2025
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 24 días del mes febrero del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.516.486**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Marzo del 2026.

Cordialmente,




Gerencia de Clientes




Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

	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	368 de 2026		
CONTRATISTA:	Juan Carlos Romero Venegas	NIT / C.C No. :	79.516.486
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios de apoyo a la gestión para el desarrollo de actividades administrativas, y de gestión documental requeridos por la Dirección General del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA		
VALOR DEL CONTRATO	\$12.100.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	26/01/2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	165 Días
FECHA DE INICIO:	27/01/2026	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026/07/11
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026/01/27	HASTA:	2026/02/26
PAGO NÚMERO:	01	DEPENDENCIA:	Dirección General
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Lynda Patricia Prieto Navarrera		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar al despacho de la Dirección General en la elaboración y complementación continua de las bases de datos que se establezcan en la Entidad para el seguimiento, incorporando integralmente la información, conforme la estructuración de las herramientas asignadas por el instituto.	Durante el periodo objeto de este informe no realicé dicha actividad respecto a esta obligación.	N/A
2	Brindar apoyo en la realización del inventario documental, así como la ubicación, identificación, agrupación y foliación de los documentos derivados de la gestión administrativa y documental.	Durante el periodo objeto de este informe no realicé dicha actividad respecto a esta obligación.	N/A
3	Apoyar en las actividades administrativas que son provenientes del registro y control de los documentos, productos de depuración y duplicidad, así como el material afectado	3.1. Realicé la inserción de 758 IP = (protocolo de investigación) registros, correspondiente a documentación del grupo de investigación clínica de la dirección de	Las actividades fueron desarrolladas entre los días 27 de Enero y 26 de Febrero del 2026.

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

	biológicamente, poniendo en marcha las metodologías, estándares normativos de Gestión Documental en Colombia e institucional, con el fin de obtener el debido almacenamiento y re-almacenamiento de los documentos dentro de las unidades de conservación, cumpliendo con lo establecido en circulares, formatos, procesos y procedimientos que forma parte del Sistema de Integrado del Invima.	Medicamentos y productos biológicos - activas, como parte del proceso de la actualización de los expedientes. 3.2. Se realizó el alistamiento, clasificación y depuración de los diferentes documentos por sus respectivos nombres, PI = Protocolo de Investigación, EO = Estudio Observacional, EA = Eventos Adversos. - También por su vigencia y orden cronológico.	Las actividades fueron desarrolladas entre los días 27 de Enero y 26 de Febrero del 2026.
4	Brindar apoyo en la elaboración de documentos que informen actividades administrativas realizadas en línea con el objeto contractual, que se requiera por el supervisor del contrato.	4.1. Elaboré el presente informe No. 01 de ejecución de acuerdo con las actividades desarrolladas en instalaciones de Montevideo.	Las actividades fueron desarrolladas entre los días 27 de Enero y 26 de Febrero del 2026.

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.


3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
.....			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 XX del año 202X.

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

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)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

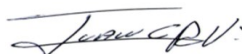
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$12.100.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 2.220.000
Saldo del contrato	\$9.900.000

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

Atentamente,



Juan Carlos Romero Venegas
Contratista.
C.C. No 79.516.486.

Recibí a satisfacción:



Lynda Patricia Prieto Navarrera
Asesora de la Dirección General
Dependencia
Supervisor(a) Contrato 368 de 2026.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS Identificado con CC 79516486

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina RESTREPO VALVANERA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24105627748
Fecha de apertura:	23 de Abril de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 24 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

**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: JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS

Identificación: 79516486

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 () NO ()

* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 SI () NO ()

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

2.1. Declaro que: SI () NO () tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
				-	-

3. Soy pensionado SI () NO (), según resolución No. _____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI () NO (): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo 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 ()%

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

Si en numeral 6 marco **SI** dirijase al numeral 9, si respondió **NO** seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. Para efectos de lo previsto en el párrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que 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 (**X**)
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 **BOGOTA** a los **26** días del mes de **FEBRERO** del **2.026**

Firma: _____



Nombres y Apellidos: **JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS**
C.C. **79.516.486**