	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**		
	Código: GAD-ABS-FM009	Versión: 02	Fecha de emisión: 01/08/2018

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	LAURA CRISTINA BARRERA BENÍTEZ	**NIT**	1032444679-3
CORREO ELECTRÓNICO	laurabarrerabe@gmail.com	**TELÉFONO**	3174268173
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)	
No. CONTRATO	N 159 - 2020	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	18 de diciembre de 2020
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	14/03/2020	**FECHA DE TERMINACIÓN**	18/12/2020
FECHA DE INICIACIÓN	17/02/2020	**No. DE FACTURA**	
No. PAGO QUE SE CERTIFICA	**PRIMER PAGO**		

2. OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales para apoyar el desarrollo, implementación y seguimiento de la estrategia de comunicación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, con énfasis en la comunicación interna y según los lineamientos y políticas definidas por la entidad.

3. 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

4. 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:

TIPO DE PAGO	**ESCOJA EL TIPO DE PAGO**	PARCIAL	*En caso de ser informe final diligencie también la pestaña "Informe Final"*

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			
Carné, Documentos a cargo, aplicativos al día (exclusivo para pago final)	N/A			
Otros. Cuales?	N/A	indique las observaciones respectivas		

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***

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)

El Supervisor declara que el contratista cumple con las obligaciones y la calidad del producto y/o servicio, establecidas en el contrato para el presente pago.

5.1 Describa de forma general el cumplimiento de las obligaciones contractuales de acuerdo al periodo a certificar

El contratista cumplió con el apoyo y desarrollo de las estrategias de comunicación interna y externas que requría la entidad, teniendo en cuenta los lineamientos y políticas institucionales.

Califique la atención del servicio por parte del proveedor, frente a amabilidad, respeto y oportunidad de servicio (NO APLICA para los contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión)	

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 19. Caducidad, sanciones contractuales y declaratoria de incumplimiento del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-ABS-MN002 e informar al Grupo de Gestión Contractual.

ANEXE A ESTE INFORME TODA LA DOCUMENTACIÓN RELEVANTE SOBRE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL DEL PERIODO

6. DATOS REQUERIDOS PARA EFECTUAR EL PAGO

BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**46646935415**

VALOR A PAGAR

Números	**$4.700.000**	**Letras**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE**

Fecha de expedición de la presente certificación:	**DD**	**MM**	**AA**
	17	3	2020

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	
Consecutivo:	

Johana Elena López Vega

ASESORA COMUNICACIONES DIRECCIÓN GENERAL

En concordancia con los artículos 83, 84 y subsiguientes de la ley 1474 de 2011, y con el párrafo sexto del numeral 10.1.2., Aspecto Técnico, así como del párrafo 12 del numeral 10.1.3 Aspecto Administrativo contenidos en el Manual de Supervisión e Interventoría, código GAD-ABS-MN002, **los supervisores deberán allegar los informes que se deriven de la ejecución contractual**, por lo anterior es indispensable registrar en este formato el **Análisis del informe periódico**, y una vez concluido el contrato, diligenciar el **INFORME**

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		
invima	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA**				
	Código: GAD-ABS-FM027		Versión: 00		Fecha de emisión: 25/06/2018

CONTRATISTA:	Laura Cristina Barrea Benítez	**NIT:**	1032444679	**No. CONTRATO**	*N 154 - 2020*
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Johana Elena López Vega	**DEPENDENCIA:**	Dirección General - Grupo de Comunicaciones		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**14/02/2020**	**FECHA DE INICIO:**	**17/02/2020**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**18/12/2020**
INFORME No.	**1**	**PERÍODO EJECUTADO :**	17 de febrero al 16 de marzo de 2020		
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales para apoyar el desarrollo, implementación y seguimiento de la estrategia de comunicación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, con énfasis en la comunicación interna y según los lineamientos y políticas definidas por la entidad.				

DESCRIBA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1. Cubrimiento encuentro coordinadores de GTT Invima
2. Grabación audio comunicado operativo en Bogotá sobre licor adulterado
3. Recopilación y correción estilo boletín Te lo Contamos
4. Redacción mensajes para redes sociales sobre los logros de las diferentes áreas en Invima
5. Redacción mensajes sobre cuidados en Carnaval para redes sociales
6. Redacción libreto capítulo Al Día con Invima
7. Grabación presentación Al Día Con Invima
8. Registro fotográfico reunión de acuerdos sindicales
9. Elaboración mensaje para pieza sobre el Día de la Mujer
10. Redacción mensajes oferta deportiva en Invima
11. Lanzamiento y socialización Yammer y Teams por 5 áreas de la entidad
12. Comisión a la ciudad de Arauca para el cubrimiento de la mesa técnica contra la ilegalidad y clandestinidad
13. Comisión a la ciudad de Valledupar para el cubrimiento de la mesa técnica contra la ilegalidad y clandestinidad
14. Cubrimiento mesa técnica de la ANDI con la dirección de Cósmeticos en Invima.
15. Revisión cronograma y Plan de Bienestar social con Talento Humano

Nota: *Anexe a este informe los documentos que soportan la ejecución del contrato (si aplica)*

OBSERVACIONES

Laura Barrera

FIRMA DEL CONTRATISTA:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032444679
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA CRISTINA BARRERA BENITEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 90 BIS #75-66	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7746838610	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DIAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:							578349891

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 75,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75,000	$ 0	$ 75,000
SUBTOTALES:										**$ 75,000**	**$ 0**	**$ 75,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58,600	$ 0	$ 0	$ 58,600
SUBTOTALES:													**$ 58,600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58,600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2,500	$ 2,500	$ 0	$ 0	$ 2,500
SUBTOTALES:									**$ 2,500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2,500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 9,400	$ 0	$ 9,400
SUBTOTALES:			**$ 9,400**	**$ 0**	**$ 9,400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																									PENSIÓN								SALUD								ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032444679	BARRERA BENITEZ LAURA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,480,000			NO		16						01-16									25-14 COLPENSIONES	16	$ 468,162	$ 75,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 75,000	EPS008-COMPENSAR	16	$ 468,162	$ 58,600	$ 0	$ 58,600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 468,162	103244467	$ 2,500	16	$ 468,162	CCF24-COMPENSAR	$ 9,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 145,500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032444679
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA CRISTINA BARRERA BENITEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 90 BIS #75-66	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE.	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - FEBRERO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7746970365	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					579658795

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 60,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60,200	$ 0	$ 60,200
SUBTOTALES:										**$ 60,200**	**$ 0**	**$ 60,200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 47,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 47,000	$ 0	$ 0	$ 47,000
SUBTOTALES:													**$ 47,000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 47,000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2,000	$ 2,000	$ 0	$ 0	$ 2,000
SUBTOTALES:									**$ 2,000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2,000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 7,600	$ 0	$ 7,600
SUBTOTALES:			**$ 7,600**	**$ 0**	**$ 7,600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP																									
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032444679	BARRERA BENITEZ LAURA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,880,000				NO	25																	25-14 COLPENSIONES	6	$ 376,000	$ 60,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60,200	EPS008-COMPENSAR	6	$ 376,000	$ 47,000	$ 0	$ 47,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 376,000	103244467	$ 2,000	6	$ 376,000	CCF24-COMPENSAR	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 116.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032444679
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA CRISTINA BARRERA BENITEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 90 BIS #75-66	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - INVIMA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7746839676	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES febrero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			578358008

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 80.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.300	$ 0	$ 80.300
SUBTOTALES:										**$ 80.300**	**$ 0**	**$ 80.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 62.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 62.700	$ 0	$ 0	$ 62.700
SUBTOTALES:													**$ 62.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 62.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.700	$ 2.700	$ 0	$ 0	$ 2.700
SUBTOTALES:									**$ 2.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 10.100	$ 0	$ 10.100
SUBTOTALES:			**$ 10.100**	**$ 0**	**$ 10.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP													
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032444679	BARRERA BENITEZ LAURA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.880.000			NO	17	24															25-14 COLPENSIONES	8	$ 501.334	$ 80.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 80.300	EPS008-COMPENSAR	8	$ 501.334	$ 62.700	$ 0	$ 62.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8	$ 501.334	103244467	$ 2.700	8	$ 501.334	CCF24-COMPENSAR	$ 10.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 155.800

planilla pagada
SOI
Planilla Pagada

31

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 normatividad vigente. SI (X) NO ( )

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

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._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO ( )

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 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. _____ Banco _____, consigno la suma de $_____. 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 _____, la suma de $_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de $_____, 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	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

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,

Laura Barrera

Firma:
Nombres y Apellidos Laura Cristina Barrera Benítez
C.C. 1032444679 de Bogotá

Certificado Bancario

Comp.
128 920

Martes, 10 de Marzo de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LAURA CRISTINA BARRERA BENITEZ identificado(a) con CC 1032444679, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46646935415	2015/08/21	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia