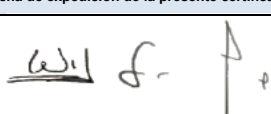
		GESTIÓN CONTRACTUAL					
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GCON-FOR15		Versión: 01		Fecha de emisión: 2026-06-01			
<b>1. DATOS GENERALES</b>							
CONTRATISTA	NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN		NIT/ CC No.	46371968			
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:npachecop@invima.gov.co">npachecop@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3002990204			
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	128 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	300 días			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA GESTIÓN DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS, ALERTAS SANITARIAS Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES, ASI COMO BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPS						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-19	FECHA DE INICIO	2026-01-20	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-19		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 29.735.000	VALOR PAGADO	29.735.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 5		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N.A.	PERIODO OBJETO DE PAGO	20 de mayo al 19 de junio del 2026		
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	176270032251		
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>							
(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)							
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>							
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							
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>							
NÚMERO DE PLANILLA	4652584515						
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	MAYO	2026-06-02	\$ 297.400,00	SANITAS			
PENSIÓN	MAYO	2026-06-02	\$ 380.700,00	COLPENSIONES			
ARL	MAYO	2026-06-02	\$ 12.500,00	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.							
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>							
(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: <input type="checkbox"/>							
<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"/> <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>							
<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		
			2026	6	26		
			Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
			Nombre				
			Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
WILLIAM SAZA LONDOÑO COORDINADOR GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA			Consecutivo:				
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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.							

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46371968	NÚMERO PLANILLA:	<b>4652584515</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHON	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 9 77-36	TELÉFONO:	BOYACA	DÍAS DE MORA:	mayo AÑO 2026		mayo AÑO 2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7405030	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996980108
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - INDEPENDIENTE				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 380.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 380.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 380.700</b>

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 297.400</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 297.400</b>	

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	\$ 0	\$ 12.500	\$ 12.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.500	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 12.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 12.500</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU							
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 46371968	PACHECO PACHON NARCISA DEL PILAR	INDEPENDIENTE		\$ 2.378.800				NO																25-14 COLPENSIONES	30	2.378.800	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 380.700	EPS005-SANITAS S.A	30	2.378.800	\$ 297.400	\$ 0	\$ 297.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.378.800	\$ 46371968	\$ 12.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 690.600**

**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: NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN

Identificación: 46.371.968 de Sogamoso

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	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	21/01/2026	20/09/2026	35.748.000,00	4.468.500,00
2					
3					
	INVIMA				
				35.748.000,00	4.468.500,00

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

4. Aportes voluntarios a pensión SI (  ) NO (  ): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación<sup>1</sup>.

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** diríjase al numeral 9, si respondió **NO** seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

<sup>1</sup> 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
SARA VALENTINA GONZÁLEZ PACHECO	23	HIJA	CC	1.002.330.077
MARIANA ANDREA GONZÁLEZ PACHECO	17	HIJA	TI	1.150.434.614

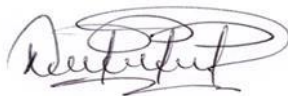
Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

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 a los 26 días del mes de junio del 2026.



Firma: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: NARCISA DEL PILAR PACHECO PACHÓN  
C.C. 46.371.968

