

	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	Lady Johanna Daza Romero		NIT/ CC No.	52828800	
CORREO ELECTRÓNICO	ldazar@invima.gov.co		TELÉFONO	3123258918	
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	439 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	11 (meses) y 17 (días)	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales al Invima para apoyar en las actividades de carácter técnico en el marco de los procedimientos sanitarios relacionados con la importación y exportación de productos vigilados por la Dirección de Alimentos y Bebidas				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-30	FECHA DE INCIO	2026-01-30	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 38.687.000,00	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 37.514.667,00	VALOR A PAGAR	\$ 3.517.000,00
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 33.997.667,00	VALOR PAGADO	\$ 4.689.333,00	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(10 de febrero al 09 de marzo del 2026)
BANCO	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	465-71926-3

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)					
Se realizo cesión de contrato a partir del 10 de febrero.					

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	NO		Otros. Cuales?	N/A	
Indique las observaciones respectivas					

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	9499823022 - 9501559696			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2026 FEBRERO - MARZO	04/03/2026 -25/03/2026	\$ 218.900,00	E.P.S. COMPENSAR
PENSIÓN	2026 FEBRERO - MARZO	04/03/2026 -25/03/2026	\$ 280.200,00	COLFONDOS
ARL	2026 FEBRERO - MARZO	04/03/2026 -25/03/2026	\$ 42.700,00	Positiva Compañía de Seguros

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 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 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 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	5	4

 MARIÁ CLAUDIA JIMENEZ MORENO Supervisora - Coordinadora grupo Técnico de IVC de Alimentos y Bebidas	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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52828800		DAZA ROMERO LADY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71d 3-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	1000000359		9499823022	I	2026/03/03	2026/03/04	BANCO DE BOGOTA	\$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	52828800	DAZA LADY	231001	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52828800		DAZA ROMERO LADY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71d 3-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000359	9499823022	I	2026/03/03	2026/03/04	BANCO DE BOGOTA	1	\$542,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$500	\$0	\$542,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52828800		DAZA ROMERO LADY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71d 3-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	01559696		9501559696	I	2026/04/06	2026/03/25	BANCO AV VILLAS	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	52828800	DAZA LADY	231001	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0		14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52828800		DAZA ROMERO LADY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71d 3-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	01559696	9501559696	I	2026/04/06	2026/03/25	BANCO AV VILLAS	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 465719263

El Banco AV Villas certifica que: **Lady Johanna Daza Romero**
identificada con el documento No. 52828800, tiene en la oficina CC PLAZA DE LAS AMER(465) una Cuenta
de Ahorros - Cuenta Móvil No. 465719263 desde el 11 de agosto de 2014.

Fecha de expedición: 29/04/2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141250018771

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)528288001

6. DV1

12. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida2

25. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía13

26. Número de Identificación52828800

28. PaísCOLOMBIA169

29. DepartamentoBogotá D.C.11

30. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

31. Primer apellidoDAZA

32. Segundo apellidoROMERO

33. Primer nombreLADY

34. Otros nombresJOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoBogotá D.C.11

40. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 71 D 3 47 AP 101

42. Correo electrónicoLADYJOHANNADAZA@YAHOO.ES

43. Código postal

44. Teléfono 13123258918

45. Teléfono 26013069704

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad749020130815

Actividad secundaria48. Código49. Fecha inicio actividad

Otras actividades50. Código12

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código52249

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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. AnexosSI☐NO☒

60. No. de Folios:0

61. Fecha2026-05-07 / 09:38:18AM

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:

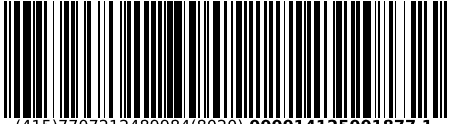
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. NombreDAZA ROMERO LADY JOHANNA

985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-05-2026 09:45:14AM

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 2 de 2 Hoja 2		
			4. Número de formulario 141250018771		
 (415)7707212489984(8020) 000014125001877 1					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 8 2 8 8 0 0		6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	
Constitución, Registro y Última Reforma			Composición del Capital		
Documento	1. Constitución		2. Reforma		
71. Clase	0 9				82. Nacional
72. Número					
73. Fecha					83. Nacional público
74. Número de notaría					
75. Entidad de registro	0 3				84. Nacional privado
76. Fecha de registro	2 0 0 9 0 4 2 1				
77. No. Matrícula mercantil	0 1 8 8 9 6 0 4				85. Extranjero
78. Departamento	1 1				
79. Ciudad/Municipio	4				86. Extranjero público
Vigencia					
80. Desde					87. Extranjero privado
81. Hasta					
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV	
1				-	
2				-	
3				-	
4				-	
5				-	
Vinculación económica					
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante				96. DV.	
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP					

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: Lady Johanna Daza Romero
Identificación: 52828800

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 TERMINACIÓN	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1	CONSORCIO IEW	23/01/2026	31/05/2026	15.524.000	3.849.000

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 ()%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase 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:

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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Danna Camila Velandia Daza	17	Hija	T. I	1.023.165.035
Elsa Beatriz Romero Morales	77	Mamá	C.C	41.510.566

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 Bogotá D.C. a los 16 días del mes de marzo del 2026.

Firma:
Nombres y Apellidos: Lady Johanna Daza Romero
C.C. 52.828.800