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

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

Yo, __Marlon Danilo Salcedo Escorcia__, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. _1.047.340.617_, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI (X) NO ( )

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (X) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. 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

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

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

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.	N.A.	N.A.
2.	N.A.	N.A.
3.	N.A.	N.A.

5. 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 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. 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	DOCUMENTO
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

   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 ($1,357,184) por concepto de dependientes.

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

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

8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta ____N/A_____

8.3. Pagos adicional 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)

8.4. 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)

8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

8.4.2. 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 la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a 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 los mismos 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 _20_ días del mes de _octubre_ de _2023_



Firma:_____
Nombres y Apellidos: _Marlon Danilo Salcedo Escorcia_
C.C. _1.047.340.617



[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

	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	**MARLON DANILO SALCEDO ESCORCIA**	**NIT/ CC No.**	1047340617-4
CORREO ELECTRÓNICO	msalcedoes@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3244452066
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	No.1140 DE 2023	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2023-12-29
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar técnicamente en el proceso de auditorías de certificación en buenas prácticas de manufactura de los establecimientos y productos vigilados por el Instituto emitiendo concepto técnico de acuerdo con las normas vigentes y procedimientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-09-18**	**FECHA DE INCIO**	**2023-09-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 18.589.265,00**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 18.589.265,00**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 13.067.701**	**VALOR PAGADO**	**5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 01)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de septiembre del 2023 al 18 de octubre del 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	8059275969

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	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		**9456545990**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	SEP-2023	2023-03-10	$ 276.100	SANITAS EPS
PENSIÓN	SEP-2023	2023-03-10	$ 353.400	COLPENSIONES
ARL	SEP-2023	2023-03-10	$ 11.600	POSITIVA SEGUROS

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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn 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**
	2023	10	26



ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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 1047340617		SALCEDO ESCORCIA MARLON DANILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 5 # 9-92	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	1000001245	9456545990	I	2023/10/05	2023/10/03	BANCO DE BOGOTA	0	$641,100

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)					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626	$11,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626	$11,600		$0	$0
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626	$11,600		$0	$0
1	CC 1047340617	SALCEDO MARLON	25-14	30	$2,208,626	$353,400	EPS005	30	$2,208,626	$276,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,208,626	$11,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626	$11,600		$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 1047340617		SALCEDO ESCORCIA MARLON DANILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 5 # 9-92	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	1000001245	9456545990	I	2023/10/05	2023/10/03	BANCO DE BOGOTA	0	$641,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$0	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				1	$641,100	$0	$0	$641,100

Certificado Bancario

Viernes, 20 de octubre de 2023

Señor(a)
INVIMA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARLON DANILO SALCEDO ESCORCIA identificado(a) con CC 1047340617, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	08059275969	2016/05/02	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

	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	1140-2023			
CONTRATISTA:	Marlon Danilo Salcedo Escorcia		**NIT / C.C No. :**	1047340617-4
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar técnicamente en el proceso de auditorías de certificación en buenas prácticas de manufactura de los establecimientos y productos vigilados por el Instituto emitiendo concepto técnico de acuerdo con las normas vigentes y procedimientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.			
VALOR DEL CONTRATO	DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($18.589.265,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-09-18		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	101 días
FECHA DE INICIO:	2023-09-19		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-09-18	**HASTA:**	2022-09-19
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO** Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Apoyar en el desarrollo de auditorías y certificaciones de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y/o Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) a los establecimientos que fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos, presten servicios de salud con medicamentos en seres humanos, que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, apoyando así mismo la emisión del respectivo acto	Visitas de certificación BPE: 1. **CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS LIMITADA – CLÍNICA CEDES LTDA** del 25 al 28 de septiembre de 2023, renovación BPE.	Radicados Invima Nos./Actas generadas/archivo en expedientes: 1. 20221138888 del 07/08/2022. Acta de inspección del 28 de septiembre de 2023. Expediente 2053S.

	administrativo que otorga la certificación de BPx.		
2	Apoyar la ejecución de las auditorias de verificación de requerimientos y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas, que se necesiten por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, con el fin de cumplir con las condiciones de acuerdo a los requisitos establecidos en la normatividad vigente.	No fueron asignados.	N.A.
3	Apoyar en el diligenciamiento de las bases de datos, aplicativos y sistemas de información, establecidos en el Grupo Técnico de Medicamentos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	No fueron asignados.	N.A.
4	Generar los documentos consecuentes de la realización de visitas de certificación de Buenas Prácticas correspondientes.	No fueron asignados.	N.A.
5	Apoyar en la solución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del Instituto, con relación al procedimiento de auditorías de certificación y trámites asociados, aportando los soportes correspondientes.	Corrección de 9 certificados BPM PHARMAYECT antibióticos betalactámicos.	Radicado No. 20231243893.
6	Brindar apoyo en la elaboración de los lineamientos técnicos, guías y formatos relacionados con las buenas prácticas de manufactura, de laboratorios y de elaboración.	No fueron asignados.	N.A.
7	Asistir a los diferentes comités que se requieren con relación al procedimiento de auditorías de certificación que le sean asignados.	No fueron asignados.	N.A.

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
NA	3000-0276-2023	Riohacha	23-sep-2023	25-sep-2023

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 mayo del año 2023:

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)
01	$ 5´521.564	$ 2.208.625	30	$ 641.100	9456545990	Aportes en Línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 18´589.265
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5´521.564
Saldo del contrato	$ 13´067.701

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
01	X	

Atentamente,

Firma
Nombres y apellidos del contratista: Marlon Danilo Salcedo Escorcia
Contratista
C.C. No. 1047340617

Recibí a satisfacción:
Nombres y Apellidos: ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Cargo: Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
Supervisor(a) Contrato 570 de 2023.