	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	419 de 2024			
CONTRATISTA:	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ		**NIT / C.C No. :**	1.022.356.369
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	29 DE ENERO DE 2024		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	28 DE JULIO DE 2024
FECHA DE INICIO:	2024-01-29		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-28
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-01-29	**HASTA:**	2024-02-28
PAGO NÚMERO:	PRIMERO		**DEPENDENCIA:**	GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Apoyar profesionalmente la evaluación especializada de los documentos aportados por el interesado para la modificación de las indicaciones y posologías en relación con el manejo de los riesgos asociados para la comercialización de los productos sujetos a registros sanitarios y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia	– FIE RAD. 20221014018- Losartán 50mg + 12.5mg Hidroclorotiazida. Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221014019- Losartán 50mg Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221014855- Losartán 100mg Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221014941- Losartán 100mg + 25mg Hidroclorotiazida Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221014945- Losartán 100mg + 12.5mg Hidroclorotiazida Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221064525- Erlotinib 100 mg Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221071070- Erlotinib 150 mg Se aprueba resolución.	FIE archivados en SharePoint. Resoluciones en bases de datos, actualización de datos en aplicativo INVIMA. Registro de desarrollo de actividad en plan de trabajo SharePoint.

		– FIE RAD. 20221175086- HYZAAR Losartán 50mg + 12.5mg Hidroclorotiazida Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221175094- HYZAAR Losartán 100mg + 12.5mg Hidroclorotiazida Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221175096- HYZAAR Forte Losartán 100mg + 25mg Hidroclorotiazida Se aprueba resolución. – FIE RAD. 20221171405- Hidroclorotiazida 25mg Se aprueba resolución.	
2	Apoyar en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	No se requirió	NA
3	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir y estudios de bioequivalencia.	No se requirió	NA
4	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación de farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes.	PQRS: – RESPUESTA_PQRS_Radicado No. 20241023530 de 02 de febrero de 2024 – RESPUESTA_PQRS_Radicado No. 20231292474 de 17 de noviembre de 2023 – RESPUESTA_PQRS_Radicado No. 20241032018 de 13 de febrero de 2024 – PQRS_SALIENTE_20241032018 del 13 de febrero de 2024_TRASLADO A MINSALUD	Soporte de radicados salientes en SESUIT
5	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites, como es el caso de la base de datos de Registros Sanitarios.	Diligenciamiento de Base de datos del plan de trabajo realizado	Pestaña de plan de trabajo de SharePoint y carpeta de FIE 2024: LADY PERDOMO

6	Apoyar en las actividades de implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en implementación de proyectos, de conformidad con las normas relacionadas con el objeto del contrato	No se requirió	**NA**
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por los usuarios, respecto a las Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos y productos biológicos.	No se requirió	**NA**
8	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	1. Proceso de inducción modificaciones información de seguridad y eficacia (29/01/2024) 9-4pm (6h) 2. Bioequivalencia (30/01/2024) 9-4pm (6h) 3. Correspondencia y aplicativo (31/01/2024) (2h) 4. Reunión grupo apoyo (01/02/2024) 7-9 am (2h) 5. Reunión grupo Registros y apoyo a salas (08/02/2024) 830-930 (1h) 6. Reunión grupo apoyo (12/02/2024) 900-930 (30min) 7. Capacitación base datos registros sanitarios (14/02/2024) 1030-1130 (1h) 8. Reunión proceso de evaluación farmacológica insertos (19/02/2024) (1h) 9. Entrenamiento legales correspondencia - bio bio (26/02/2024) 11-1 pm (2h)	Listado de asistencia y registros en Teams.

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

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 **ENERO** del año **2024**.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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)
1	5.522.000	1.300.000	30	381.300	75023023	MI PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.522.000
Saldo del contrato	$ 27.610.000

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

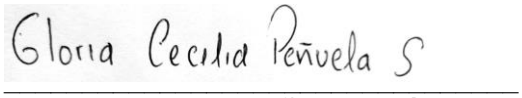
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	

Atentamente,

LADY MILENA PERDOMO ORTIZ

Contratista
C.C. No. 1022356369

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
Supervisora Contrato 419 de 2024

	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	**LADY MILENA PERDOMO ORTIZ**	**NIT/ CC No.**	1022356369
CORREO ELECTRÓNICO	LAYPERDOMO@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO**	3002645091
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**419 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**28 DE JULIO DE 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-29**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-29**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-28**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 33.132.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 27.610.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 5.522.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**29 de enero al 28 de febrero del 2024**
BANCO	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**132148784**

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	SI	

RUT, CERTIFICACIÓN BANCARIA Y DECLARACION JURAMENTADA

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**75023023**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ene-24**	**2024-02-27**	**$ 164.300,00**	**SANITAS**
PENSIÓN	**ene-24**	**2024-02-27**	**$ 210.300,00**	**PORVENIR**
ARL	**ene-24**	**2024-02-27**	**$ 6.900,00**	**POSITIVA**

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**
	2024	2	29

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022356369	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ	KR 36A 53 85 APT 308	3002645091	LAYPERDOMO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	27/02/2024	75023023	$381.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	12	1.800	0	164.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	12	2.300	0	210.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	12	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.300
Pensión	1	208.000	210.300
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	381.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022356369	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ		KR 36A 53 85 APT 308	3002645091	LAYPERDOMO@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	27/02/2024	75023023	$381.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022356369	PERDOMO ORTIZ LADY MILENA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

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 MILENA PERDOMO ORTIZ
Identificación: C. c. No. 1.022.356.369

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.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI (x) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI (x) 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 (x) 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	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE	01/02/2024	29/02/2024	5.228.106	5.228.106

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

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

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): 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 (x);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 6 marco **S**I 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 parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

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 ($1,506,080) por concepto de dependientes.

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

   8.1. 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) 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.

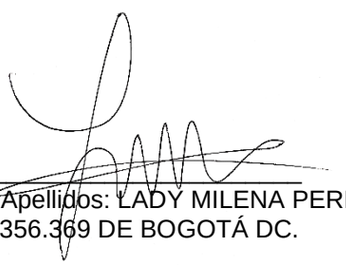
   8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (X)

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 a los 29 días del mes de Febrero de 2024.



Firma: _____
Nombres y Apellidos: LADY MILENA PERDOMO ORTIZ
C.C. 1.022.356.369 DE BOGOTÁ DC.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14970238640

(415)7707212489984(8020) 000001497023864 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 3 5 6 3 6 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 3 5 6 3 6 9	2 0 0 7 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PERDOMO	ORTIZ	LADY	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 36 A 53 85 TO VERONA AP 308 BRR NICOLAS DE FEDERMAN

42. Correo electrónico: layperdomo@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 6 4 5 0 9 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 4 0 3 2 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Exportadores					
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. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 03 / 21 : 07: 49

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. Nombre PERDOMO ORTIZ LADY MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LADY MILENA PERDOMO ORTIZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.022.356.369 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 132148784, abierta/o desde el 24/2/2015.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Marzo del año 2024



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO