

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO	(No. de contrato y año) 578 de 2024		
CONTRATISTA:	Andres David Turizo Smith	NIT / C.C No. :	1095813006-
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		
VALOR DEL CONTRATO	33.132.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	27/03/2024	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	180
FECHA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-09-30
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024-05-01	HASTA:	2024-05-31
PAGO NÚMERO:	2	DEPENDENCIA:	3100
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Capacitaciones, reuniones y actividades varias: Participar en las capacitaciones, reuniones y otras actividades relacionadas que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.	Participación en Actividades de Capacitación y Reuniones: Asistir a todas las capacitaciones programadas, participar activamente en las reuniones convocadas y colaborar en las actividades varias requeridas por el supervisor.	Certificados y reportes de participación en capacitaciones realizadas. Listas de Asistencia a reuniones y actividades varias. Resúmenes y análisis de las actividades realizadas.
2	Realización de Preconceptos para Molécula Nueva - Radicado 20231136334: Llevar a cabo la elaboración y evaluación del preconcepto	Resumen del Preconcepto para la Nueva Molécula ELX/TEZ/IVA (Trikafta) Radicado: 20231136334 Registro: 20255570	Informes de Análisis: Documentos detallados que describen el proceso de análisis y las conclusiones alcanzadas.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

	<p>para la nueva molécula identificada bajo el radicado 20231136334, asegurando el cumplimiento de todos los requisitos técnicos y regulatorios.</p>	<p>Descripción: ELX/TEZ/IVA (Trikafta) es una combinación de tres moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR): elexacaftor (ELX), tezacaftor (TEZ) e ivacaftor (IVA). Este medicamento trata la fibrosis quística (FQ) en pacientes con mutaciones específicas del gen CFTR.</p> <p>Se Desarrollo y reviso el preconcepto para ELX/TEZ/IVA (Trikafta) mediante un análisis exhaustivo de datos científicos, técnico y documentales;</p> <p>Revisión de la Literatura:</p> <p>Evidencia Preclínica y Clínica: Análisis de estudios in vitro, in vivo y ensayos clínicos que demuestran la eficacia y seguridad de ELX/TEZ/IVA.</p> <p>Publicaciones y Patentes: Examen de artículos científicos, revisiones y patentes relevantes.</p> <p>Análisis de Datos Clínicos:</p> <p>Efectividad Clínica: Evaluación de la mejora en la función pulmonar y la reducción de exacerbaciones pulmonares.</p> <p>Seguridad y Tolerabilidad: Análisis de perfiles de seguridad y eventos adversos.</p> <p>Evaluación Regulatoria:</p> <p>Requisitos Regulatorios: Documentación: Aseguramiento de que toda la documentación cumple</p>	<p>Actas de Reunión: Registros de reuniones en las que se discutieron los recursos o revocatorias, incluyendo decisiones y acuerdos. Documentos que reflejan la entrega de la revisión y preconcepto(20231136334), respaldados por el análisis realizado.</p>
--	--	--	---

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

		<p>con los estándares regulatorios.</p> <p>Validación del Preconcepto:</p> <p>Revisión Interna: Revisión exhaustiva del preconcepto y aseguramiento de la correcta presentación de información.</p>	
3	<p>Realización de Preconceptos para Molécula Nueva - Radicado 20221094407: Llevar a cabo la elaboración y evaluación del preconcepto para la nueva molécula identificada bajo el radicado 20221094407, asegurando el cumplimiento de todos los requisitos técnicos y regulatorios.</p>	<p>Elaboración y Evaluación del Preconcepto:</p> <p>Desarrollar y revisar el preconcepto para la nueva molécula bajo el radicado del auto 20221094407, realizando un análisis exhaustivo de los datos científicos y técnicos disponibles y colaborando con los expertos necesarios para validar el preconcepto (en proceso).</p>	<p>Informe de Preconcepto: Documento que describe el preconcepto elaborado para la molécula nueva, incluyendo el análisis de los datos científicos y técnicos relevantes, correspondiente al radicado 20221094407 (Naxitamab).</p> <p>Revisiones de Pares: Documentos que muestran la revisión y comentarios de otros expertos sobre el preconcepto elaborado, proporcionando retroalimentación y validación adicional. En espera de reunión con sala especializada</p>
4	<p>Asistir a Actividades del Grupo de Apoyo: Participar en las actividades del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora que estén relacionadas con el objeto contractual y que sean requeridas por el supervisor.</p>	<p>Participación en Reuniones y Consultas:</p> <p>Asistir y participar en las reuniones convocadas. Consultar con compañeros para gestionar los trámites necesarios.</p>	<p>Reuniones de Seguimiento: Participar en reuniones de avance de trámites de preconceptos y en reuniones de coordinación con compañeros para la realización de trámites.</p>
5	<p>Asistir y Asesorar en Reuniones Internas o Externas (atención al usuario): Participar y brindar asesoría desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que sean indicadas por el supervisor del contrato, siguiendo en todo momento los lineamientos de la entidad.</p>	<p>Atención de Usuarios en Citas:</p> <p>Citas Atendidas: Participación en las Citas N° 45015 y 45667 , suministrando la información solicitada por los usuarios.</p> <p>Realización de las consultas necesarias para obtener la información requerida para dar respuestas precisas.</p>	<p>Actas de Reunión: Documentos detallados que registran la asistencia y asesoría proporcionada en las reuniones internas o externas.</p> <p>Listas de Asistencia: Registros de las citas 43864, 43644 y 44866, incluyendo los detalles de la información suministrada.</p> <p>Informes de Consulta: Documentos que evidencian la consulta de información y</p>

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

			las respuestas elaboradas para los usuarios. Comunicaciones Oficiales: Correos electrónicos, que documentan la asistencia a las citas y la elaboración y envío de las actas respectivas para su radicación.
--	--	--	--

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 **abril** 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	2.208.800	30	631700	94652968 19	Pago simple

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	11.044.000
Saldo del contrato	22.088.000

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
2	X	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N° XXX.

Atentamente,

Firma
Andres David Turizo Smith
Nombres y apellidos del contratista
Contratista
C.C. No. 1095813006

Recibí a satisfacción:

Gloria Cecilia Peñuela Sánchez

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

Profesional Especializado Coordinadora
del Grupo de Apoyo a las Salas
Especializadas de la Comisión Revisora
de la Dirección de Medicamentos y
Productos Biológicos..

Supervisor(a) Contrato 578 de 2024

	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	Andres David Turizo Smith		NIT/ CC No.	1095813006	
CORREO ELECTRÓNICO	aturizos@invima.gov.co		TELÉFONO	3012050949	
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	578 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	30 de septiembre 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				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-03-27	FECHA DE INCIO	2024-04-01	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-09-30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.132.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 27.610.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 22.088.000	VALOR PAGADO	\$ 11.044.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	(01 de mayo al 30 de mayo del 2024)
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	1351954287
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	N/A	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9467244528				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	may-24	2024-06-05	276100	SANITAS	
PENSIÓN	may-24	2024-06-05	353500	PORVENIR	
ARL		NA	NA	NA	
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.					
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	
		2024	6	18	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
Gloria Cecilia Peña S. NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR Profesional Especializado Coordinadora del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos..		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.					

	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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1095813006		TURIZO SMITH ANDRES DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	corr 30#39b-70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012050949	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	683557893	9467244528	I	2024/06/05	2024/06/05	BANCOLOMBIA	0	\$629,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
1	CC	1095813006	TURIZO ANDRES	230301	30	\$2,208,800	\$353,500	EPS005	30	\$2,208,800	\$276,100	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1095813006		TURIZO SMITH ANDRES DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 30#39b-70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012050949	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	683557893	9467244528	I	2024/06/05	2024/06/05	BANCOLOMBIA	0	\$629,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$353,500	\$0	\$0	\$353,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$353,500	\$0	\$0	\$353,500	
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	\$629,600	\$0	\$0	\$629,600	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141001641267

(415)7707212489984(8020)0000141001641267

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)10958130066. DV112. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación109581300627. Fecha expedición

Lugar de expedición28. PaísCOLOMBIA16929. DepartamentoSantander6830. Ciudad/MunicipioFloridablanca276

31. Primer apellidoTURIZO32. Segundo apellidoSMITH33. Primer nombreANDRES34. Otros nombresDAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoBogotá D.C.1140. Ciudad/MunicipioBogotá, D.C.001

41. Dirección principalCR 29 39 6542. Correo electrónicoandturizosm@unal.edu.co43. Código postal44. Teléfono 1301205094945. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código47. Fecha inicio actividad749020181211

Actividad secundaria48. Código49. Fecha inicio actividad

Otras actividades50. Código12

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma56. TipoServicio12357. Modo58. 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 NOX60. No. de Folios:061. Fecha2024 - 03 - 22 / 12 : 53: 22

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. NombreTURIZO SMITH ANDRES DAVID985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 27-05-2024 02:13:28PM

Certificado Bancario

Lunes, 27 de mayo de 2024

Señor(a)
INVIMA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES DAVID TURIZO SMITH identificado(a) con CC 1095813006, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	01351954287	2015/12/04	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.

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: Andres David Turizo Smith
Identificación: 1095813006

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 (☒) NO (☐)
* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 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					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

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 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 Bogota a los 9 días del mes de mayo del 2024


Firma: _____
Nombres y Apellidos: Andres David Turizo Smith
C.C. 1095813006