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: KARINA MILENA ARTETA ALBA
Identificación: 32.893.447 Barranquilla

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 ( ) NO (x) 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	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
2	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
3	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

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 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 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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
María Camila Morales Arteta	12	Hija	T.I	1027286648
María Fernanda Morales Arteta	12	Hija	T-i	1027286649

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.

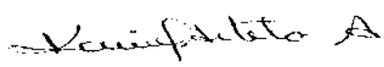
   8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.
   8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

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 2024



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Karina Milena Arteta Alba
C.C. 32.893.447

	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	**KARINA MILENA ARTETA ALBA**	**NIT/ CC No.**	32.893.447
CORREO ELECTRÓNICO	kartetaqf@hotmail.com	**TELÉFONO**	3156807483
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	**370 de 25 de enero de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-07-24**
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	**2024-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**11.044.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$5,522,000**	**VALOR PAGADO**	**$27,610,000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 5)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(25 de mayo al 24 de junio 2024)**
BANCO	**Banco de Bogotá**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**237487657**

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	SI	**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	**8377888112**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Mayo**	**2024-06-18**	**311,300**	**Sanitas EPS**
PENSIÓN	**Mayo**	**2024-06-18**	**398,400**	**Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones**
ARL	**Mayo**	**2024-06-18**	**13,000**	**POSITIVA COMPANIA DE 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**
	2024	7	2

Gloria Cecilia Peñuela S

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **KARINA MILENA ARTETA ALBA**, identificada con **CC** número **32893447**, aportó por el empleado **KARINA MILENA ARTETA ALBA** identificado(a) con **CC** número **32893447** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 05 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$2,490,000	0.16000	$398,400	$0	$0	Mayo - 2024	8377888112	18/06/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,490,000	0.00522	$13,000	$0	$0	Mayo - 2024	8377888112	18/06/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$2,490,000	0.12500	$311,300	$0	$0	Mayo - 2024	8377888112	18/06/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **26** días del mes **Junio** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

	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	*(370 de 2024)*			
CONTRATISTA:	KARINA MILENA ARTETA ALBA		**NIT / C.C No. :**	*32893447*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL ESTUDIO DE LA INFORMACION DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN UN CONCEPTO 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:	**2024-01-24**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**30 días**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-25**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-24**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-05-25**	**HASTA:**	**2024-06-24**
PAGO NÚMERO:	**5**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Reunión Directora de Medicamentos**	**Reunión Virtual Teams**	**N.A**
2	**Reunión de Grupo Seguimiento Actividades**	**Reunión Virtual Teams**	**N.A**
3	**Capacitación Gestión PQRDS Sesuit**	**Reunión Virtual Teams**	**N.A**
4	**Atención a usuarios**	**N.A**	**En este periodo no se realizó la actividad**
5	**Realizar la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas y tramites 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**	**Se realiza el estudio de documentos aportados por el interesado mediante solicitud de modificación de registro sanitario:** **20221190904** **20211183476** **20221141980** **20221142002** **20221107490** **20221172212**	**Se cargan FIE en la ruta Share Point/Documentos/FIES 2024 – junio/Modificaciones/Karina Arteta** **-Actos administrativos realizados en aplicativo de**

	información para prescribir para los trámites de registro sanitario asociados.	**20221284353 20231199179 20231199183 20231199189 20231203506 20231204835 20231204858 20231204876 20231207485 20231211989 Estudio de información farmacológica /insertos de MODIFICACIONES A SALAS/MODIFICACIONES ADICIONALES/DECRETO 334 20241078062 20241079790 20241110392 20241110394 20241117057 20241107586 20241117209 20241119950 20241120104 20241126145 20241126149 20241126824 20241126834 20241128469 20241129101 20241131200 20231329756 20241110390 20241119875 20241119915 20241125643 20241121152 20241125533 20241125631 20241125652 20241099030**	**registro sanitario, comunicaciones enviadas Sesuit**
6	**Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir para los trámites de registro sanitario y tramites asociados**	**20241078062 20241079790 20241110392 20241110394 20241117057 20241107586 20241117209 20241119950 20241120104 20241126145**	**Actos administrativos: Resoluciones de aprobación**

		20241126149 20241126824 20241126834 20241128469 20241129101 20241131200 20231329756 20241110390 20241119875 20241119915 20241125643 20241121152 20241125533 20241125631 20241125652 20241099030 20221190904 20221141980 20221142002 20221107490 20221172212 20221284353 20231199179 20231199183 20231199189 20231203506 20231204835 20231204858 20231204876 20231207485 20231211989	
7	**Realizar preconceptos técnicos especializados para las solicitudes asignadas al grupo de salas especializada de la comisión revisora, relacionados con la seguridad, efiacia e información farmacológica de los mediamentos**	**Preconcepto relacionados con información farmacológica de seguridad y eficacia**	**Radicado 20211183476 Nota: -Se dejan documentos soporte en SharePoint del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas en carpeta FIES 2024**
8	**Resolver las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto, con relación a la evaluación farmacológica de registros sanitarios y trámites asociamos, aportando los soportes**	**Evaluación y respuesta de correspondencia**	**Se realiza respuesta a PQRDS 20242024815 19/04/2024 20241123556 21/06/2024, 20241128751 del 27/05/2024, 20241148812 del 17/06/2024**

	correspondientes que le sean asignados		
9	**Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.**	**Diligenciamiento de Plan de Trabajo**	**Documentos/Asignación Trabajo mensual 2024/Planes de Trabajo/Cumplimiento objeto laboral 2024/Junio**

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.

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)
4	$ 5.522.000	40%	30	$722.700	8377888112	Mi planilla

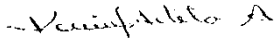
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 27,610,000
Saldo del contrato	$ 5,522,000

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

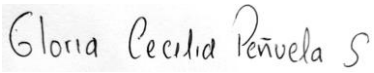
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
5	x	

Atentamente,



Firma
Karina Milena Arteta Alba
Contratista
C.C. No. 32.893.447

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 370 de 202