	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	JEISSON JAVIER MARTINEZ VARGAS		NIT/ CC No.	1024561425	
CORREO ELECTRÓNICO	jeissonmartinezvargas@gmail.com		TELÉFONO	3003492574	
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	350 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	330 días	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para apoyar a la Dirección General en la gestión y ejecución de actividades encaminadas al fortalecimiento de las líneas de investigación, desarrollo e innovación (+D+I) para la vigilancia sanitaria y el control de calidad de productos de competencia del INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-26	FECHA DE INICIO	2026-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-25
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 56.067.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 56.067.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.097.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 50.970.000	VALOR PAGADO	\$ 5.097.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	Pago 1
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	26 de enero al 25 de febrero del 2026
BANCO	Banco Caja Social	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	24120043921
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	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	N/A		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	9500488338				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026 - 01	26/02/26	\$51.000	FAMISANAR	
PENSIÓN	2026 - 01	26/02/26	\$65.300	PORVENIR	
ARL	2026 - 01	26/02/26	\$2.100	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
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)					
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
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. <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>					
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	3	9	
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
Nombre					
Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD			
LYNDA PATRICIA PRIETO NAVARRERA ASESORA DE LA DIRECCIÓN GENERAL SUPERVISOR CONTRATO 350 DE 2025		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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024561425		MARTINEZ VARGAS JEISSON JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 71 F 63-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7781966	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	92860500	9500488338	N	2026/02/06	2026/02/26	NEQUI	20	\$120,100

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)					\$407,760	\$65,300			\$407,760	\$51,000			\$0	\$0			\$407,760	\$2,100		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$407,760	\$65,300			\$407,760	\$51,000			\$0	\$0			\$407,760	\$2,100		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$407,760	\$65,300			\$407,760	\$51,000			\$0	\$0			\$407,760	\$2,100		\$0	\$0		
1	CC 1024561425	MARTINEZ JEISSON	230301	1		(\$10,900)	EPS017	1		(\$67,960)		0		\$0		14-23	1		(\$67,960)		(\$400)	0	\$0
2	CC 1024561425	MARTINEZ JEISSON	230301	7		\$475,720	EPS017	7		\$475,720		0		\$0		14-23	7		\$475,720		\$2,500	0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$407,760	\$65,300			\$407,760	\$51,000			\$0	\$0			\$407,760	\$2,100		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024561425		MARTINEZ VARGAS JEISSON JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 71 F 63-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7781966	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	92860500	9500488338	N	2026/02/06	2026/02/26	NEQUI	20	\$120,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$65,300	\$900	\$0	\$66,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$65,300	\$900	\$0	\$66,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,100	\$100	\$0	\$2,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,100	\$100	\$0	\$2,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$700	\$0	\$51,700	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$51,000	\$700	\$0	\$51,700	
TOTAL				1	\$118,400	\$1,700	\$0	\$120,100	

	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	350 de 2026		
CONTRATISTA:	JEISSON JAVIER MARTINEZ VARGAS	NIT / C.C No. :	1024561425
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales para apoyar a la Dirección General en la gestión y ejecución de actividades encaminadas al fortalecimiento de las líneas de investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) para la vigilancia sanitaria y el control de calidad de productos de competencia del INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	56.067.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	26/01/2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	330
FECHA DE INICIO:	2026-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-12-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-01-26	HASTA:	2026-02-25
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN GENERAL
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	LYNDA PATRICIA PRIETO NAVARRERA		

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la formulación de estrategias, elaboración de documentos e instrumentos necesarios para realizar seguimiento y evaluación periódica de los proyectos de cada línea de investigación y cada proceso propuesto, desde la planeación, hasta autorización, ejecución cierre de proyectos que fomenten el intercambio científico de acuerdo a la misionalidad del instituto.	Se realizan ajustes a los documentos del proceso de Gestión en I+D+i, correspondientes a: Procedimiento y ficha de formulación, seguimiento y evaluación.	Documentación ajustada
2	Apoyar en el seguimiento de los procesos, esquemas de procedimientos y matrices cuantitativas y/o cualitativas, el flujo de información entre las Dependencias y Grupos de Trabajo del instituto y con	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.

FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

	otras entidades, con el fin de promover el intercambio científico, sobre asuntos de productos vigilados por el INVIMA.		
3	Brindar acompañamiento en la formulación de lineamientos que indiquen las estrategias de comunicación que faciliten la coordinación estratégica entre las dependencias y grupos de trabajo del instituto, con otras entidades externas que participen del intercambio científico con el INVIMA.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.
4	Brindar apoyo integral en la implementación de un sistema de gestión y análisis técnico- científico, orientado a la organización, evaluación y seguimiento de los resultados derivados de las distintas líneas de investigación institucionales, conforme las directrices impartidas por la supervisión.	Se realizó el seguimiento a los proyectos de investigación asignados. Se apoyó la formulación de proyectos 2026.	Reuniones programadas Proyecto Alimentos / tolima Proyecto Cosméticos DM
5	Brindar apoyo en la capacitación y acompañamiento científico-técnico, orientados a fortalecer el seguimiento y la evaluación periódica de las actividades de investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) dentro del Instituto.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.
6	Apoyar, asistir y participar en al organización de eventos, reuniones y congresos, con el fin de fortalecer, mediante campañas de divulgación, la participación en los espacios de intercambio	Se formuló un plan de trabajo con el área de Comunicaciones, definiendo fechas y entregables para las piezas de divulgación, manteniendo una articulación permanente	Cartas ponentes Plan de trabajo Boletín Guion Podcast


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

	científico promovidos por el Instituto.	con dicha área para atender de manera oportuna las necesidades de la Unidad de Investigación en materia de divulgación.	Base de datos unidades de investigación Convocatoria ajustada (ajustes emitidos por correo a comunicaciones)
7	Apoyar el desarrollo y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional en línea con el objeto contractual.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.
8	Realizar el registro, consolidación y análisis de información para reporte ante los sistemas de información del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.	Se elaboró una plantilla de plan de trabajo encaminado al reconocimiento del instituto como centro de investigación, porcentaje de avance del plan 10 %, sujeto a aprobación.	Plan de trabajo CI
9	Atender las instrucciones de la Supervisión para el desarrollo de las acciones dirigidas a la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) en el ámbito sanitario, en apoyo a la Dirección General del Instituto y en concordancia con el objeto contractual establecido.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.	Durante el presente periodo no se requirió esta actividad.
10	Asistir a las reuniones convocadas por la Supervisión. La supervisión determinará si la asistencia es presencial o virtual.	Se asiste a las reuniones semanales de seguimiento.	Reuniones en teams y presenciales.

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

2. 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:

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

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
.....			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

3. 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 **2026**.

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	5.097.000	\$407.760	8	\$407.760	950048833 8	Aportes en línea

4. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	56.067.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	5.097.000
Saldo del contrato	50.970.000

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

5. 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

Atentamente,



Firma Jeisson Javier Martínez Vargas
Contratista
C.C. No. 1024561425

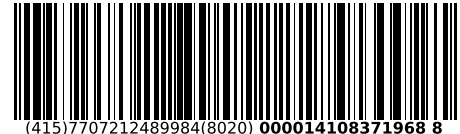
Recibí a satisfacción:

Firma
Lynda Patricia Prieto Navarrera
Asesora
Dependencia: Dirección General
Supervisor(a) Contrato 350 de 2026

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141083719688



(415)7707212489984(8020) 0000141083719688

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 6 1 4 2 5

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 4 5 6 1 4 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

VARGAS

33. Primer nombre

JEISSON

34. Otros nombres

JAVIER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 71 F 63 19

42. Correo electrónico

jeissonmartinezvargas@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 7 8 1 9 6 6

45. Teléfono 2

3 0 0 3 4 9 2 5 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 1 2, 1 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

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 ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

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

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

60. No. de Folios:

0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JEISSON JAVIER MARTINEZ VARGAS Identificado con CC 1024561425

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PUENTE LARGO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24120043921
Fecha de apertura:	23 de Enero de 2023
Saldo disponible:	\$1,504,878.38
Saldo total a la fecha:	\$1,654,878.38
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 01 de Marzo de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

**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: Jeisson Javier Martínez Vargas

Identificación: 1024561425

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 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** dirijase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

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

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:

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 (\$1,675.968) 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 (): 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 () 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 9 días del mes de MARZO del 2026



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Jeisson Javier Martínez Vargas
C.C. 1024561425