	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	**SARA MARCELA FORERO MEDINA**	**NIT/ CC No.**	1.000.619.314
CORREO ELECTRÓNICO	sforerom@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3213939828
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**082 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**347 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS FABRICANTES DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, ASEO E HIGIENE DOMÉSTICA, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A ESTAS CON FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE RIGE LA MATERIA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-15**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-16**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-12-31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 40.562.733**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 40.562.733**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.517.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 37.045.733**	**VALOR PAGADO**	**3.517.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**UNO (1)**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(16 de enero al 15 de febrero del 2026)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**91271217043**

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?**	NO	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**40872254**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2026-01**	**2026-02-05**	**219100**	**SANITAS EPS**
PENSIÓN	**2026-01**	**2026-02-05**	**280400**	**COLPENSIONES**
ARL	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

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 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 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**	
	2026	2	16	

Martha M. Martnez P.

MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA
Coordinadora del Grupo Técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica.

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.

	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	082 DEL 2026			
CONTRATISTA:	Sara Marcela Forero Medina		**NIT / C.C No. :**	**1.000.619.314**
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS FABRICANTES DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, ASEO E HIGIENE DOMÉSTICA, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A ESTAS CON FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE RIGE LA MATERIA.			
VALOR DEL CONTRATO	Cuarenta millones quinientos sesenta y dos mil setecientos treinta y tres pesos M/CTE ($40.562.733)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-15**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**347 días**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-16**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-12-31**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2025-08-17**	**HASTA:**	**2025-09-16**
PAGO NÚMERO:	**Pago (1)**		**DEPENDENCIA:**	**DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Hacer acompañamiento al grupo técnico en las visitas que se deban realizar a fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos de cosméticos, aseo e higiene doméstica, conforme el agendamiento, en cumplimiento del cronograma mensual establecido para tal fin.	Se realizaron 9 visitas de CERTIFICACIÓN a la certificación de producción a nivel nacional a los siguientes establecimientos: 1. ASEOLIM 1A SAS 2. INDUSTRIAS LUISOM DE COLOMBIA LTDA OLMAX 3 3. PRODUCTOS FAMILIA RIONEGRO SAS 4. PRODUCTOS FAMILIA SA 5. MULTISERVICE GOLD SAS ESTABELCIMEINTO DE COMERCIO PROPIEDAD DE MULTISERVICE GOLD SAS 6. JOINPHARM SAS	**OFICIO COMISORIO** 1. 6100-AC-009-2026 2. 6100-AC-010-2026 3. 6100-AC-012-2026 4. 6100-AC-013-2026 5. 6100-AC-024-2026 6. 6100-AC-026-2026 7. 6100-AC-041-2026 8. 6100-AC-037-2026

		7. GRUPO CARLOS SANTAMARIA 8. LIMPIARTE SAS 9. DETERXJUNIN SAS	9. 6100-AC-033-2026
2	Proyectar los conceptos técnicos en la ejecución de visitas de certificación (capacidades de producción, BPMC, NTF), solicitadas por los establecimientos fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes.	Se realizaron 9 visitas de CERTIFICACIÓN a la certificación de producción a nivel nacional a los siguientes establecimientos: 1. ASEOLIM 1A SAS 2. INDUSTRIAS LUISOM DE COLOMBIA LTDA OLMAX 3 3. PRODUCTOS FAMILIA RIONEGRO SAS 4. PRODUCTOS FAMILIA SA 5. MULTISERVICE GOLD SAS ESTABELCIMEINTO DE COMERCIO PROPIEDAD DE MULTISERVICE GOLD SAS 6. JOINPHARM SAS 7. GRUPO CARLOS SANTAMARIA 8. LIMPIARTE SAS DETERXJUNIN SAS	**OFICIO COMISORIO** 1. 6100-AC-009-2026 2. 6100-AC-010-2026 3. 6100-AC-012-2026 4. 6100-AC-013-2026 5. 6100-AC-024-2026 6. 6100-AC-026-2026 7. 6100-AC-041-2026 8. 6100-AC-037-2026 9. 6100-AC-033-2026
3	Proyectar los conceptos técnicos que contengan el resultado de las visitas de seguimiento a la certificación de capacidades de producción, BPMC, NTF, de establecimientos fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes.	**ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO**	**ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO**
4	Revisar técnicamente el cumplimiento de requisitos según los documentos aportados para la visita de la certificación de los establecimientos fabricantes, envasadores	Durante este periodo se reviso técnicamente el cumplimiento de re los requisitos de 9 establecimientos para la certificación de establecimientos fabricantes, envasadores y acondicionadores. Los cuales fueron: 1. ASEOLIM 1A SAS	**OFICIOS COMISORIOS** 1. 6100-AC-009-2026 2. 6100-AC-010-2026 3. 6100-AC-012-2026

	y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, y cuando sea el caso proyectar los requerimientos para sanear las solicitudes, si a ello hubiere lugar.	2. INDUSTRIAS LUISOM DE COLOMBIA LTDA OLMAX 3 3. PRODUCTOS FAMILIA RIONEGRO SAS 4. PRODUCTOS FAMILIA SA 5. MULTISERVICE GOLD SAS ESTABELCIMEINTO DE COMERCIO PROPIEDAD DE MULTISERVICE GOLD SAS 6. JOINPHARM SAS 7. GRUPO CARLOS SANTAMARIA 8. LIMPIARTE SAS 9. DETERXJUNIN SAS	4. 6100-AC-013-2026 5. 6100-AC-024-2026 6. 6100-AC-026-2026 7. 6100-AC-041-2026 8. 6100-AC-037-2026 9. 6100-AC-033-2026
5	Alimentar y mantener actualizada las bases de datos y demás herramientas dispuestas por la entidad donde se lleve el control de la información y resultados de las actividades adelantas por el grupo técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica.	**BASE DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS 2026** **FUID 2026**	**BASE DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS 2026** **FUID 2026**
6	Analizar y proyectar oportunamente las respuestas a consultas, denuncias y peticiones presentadas por los diferentes grupos de valor, entes de control, autoridades administrativas y judiciales, entre otros, según requerimiento de la supervisión y que se relacionen con el objeto del contrato.	**Radicado entrante**: 20261015907 **Radicado Saliente**: 20262002602	**SE SUITE**
7	Apoyar desde su experticia técnica en la orientación y atención al ciudadano en los temas relacionados con el objeto contractual conforme a la asignación del supervisor del contrato.	**ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO**	**ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO**

8	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Reuniones asistidas: • INICIO DE ACTIVIDADES Lunes 19 de enero de 2026. • COMITÉ PRIMARIO viernes 23 de enero de 2026. • PRIMERA REUNIÓN GT viernes 6 de febrero de 2026. • UNIFICACIÓN DE CONCEPTOS ACONDICIONAMIENTO viernes 13 de febrero de 2026.	CARPETA BASES 2025

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.	6100-002-26	RIONEGRO/ MEDELLÍN	2026-01-25	2026-01-31

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 AGOSTO del año 2025.

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)
PAGO (1)	3.517.000	$1.750.905	30	$499.500	40872254	MI PLANILLA

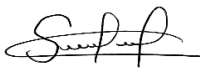
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$40.562.733
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$37.045.733
Saldo del contrato	$37.045.733

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

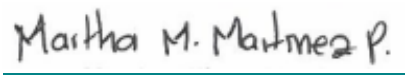
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
PAGO (1)	X	

Atentamente,



Firma
Sara Marcela Forero Medina
Contratista
C.C. No. 1.000619314

Recibí a satisfacción:



Firma
MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA
Coordinadora del Grupo Técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica.
Supervisor(a) Contrato 082 de 2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141198702760

(415)7707212489984(8020) 000014119870276 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 6 1 9 3 1 4	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 6 1 9 3 1 4	

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
FORERO	MEDINA	SARA	MARCELA

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
CL 19 SUR 12 D 28

42. Correo electrónico saraaforero23@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 9 3 9 8 2 8	

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
0 0 1 0	2 0 2 4 0 8 0 1	8 2 9 9	2 0 2 4 0 9 0 1					

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

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 FORERO MEDINA SARA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Jueves, 04 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SARA MEDINA FORERO identificado(a) con CC 1000619314, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91271217043	2024-08-21	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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: SARA MARCELA FORERO MEDINA
Identificación: 1.000.619.314

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 (X) NO ( )
   * $209.496.000 con UVT ($52.374) año 2026 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					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

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:

[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 parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	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 (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.

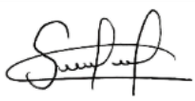
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

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 DC a los 16 días del mes de febrero del 2026



Firma:
Nombres y Apellidos: Sara Marcela Forero Medina
C.C. 1.000.619.314

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	1000619314	SARA MARCELA FORERO MEDINA	calle 19 sur #12d-28	9291703	saraaforero23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	40872254	$499.500	

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	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	1	200	0	280.400	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										

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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	218.900	219.100
Pensión	1	280.200	280.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.500

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	1000619314	SARA MARCELA FORERO MEDINA		calle 19 sur #12d-28	9291703	saraaforero23@gmail.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.	NO

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	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	40872254	$499.500	

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	Estornado	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	1000619314	FORERO MEDINA SARA MARCELA	3	0			N																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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