


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

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

<b>No. CONTRATO</b>	<b>422 DE 2026</b>		
<b>CONTRATISTA:</b>	<b>NIT / C.C No.:</b>	<b>NIT / C.C No. :</b>	1026300391
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	<b>\$36.553.000,00</b>		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	<b>2026-01-27</b>	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	<b>11 MESES</b>
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2026-01-28</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2026-12-27</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE: 28 DE ENERO</b>	<b>HASTA:</b>	<b>27 DE FEBRERO</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	<b>1</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	<b>Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos</b>
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	<b>SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR</b>		

### 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo en el proceso de planeación, elaboración, asignación, reasignación y seguimiento de los planes de trabajo que se requieran en los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, en los aplicativos destinados en el instituto, de acuerdo con las directrices y lineamientos impartidos por el supervisor del contrato.	Se brindó apoyo en el proceso de elaboración, estructuración y seguimiento de los planes de trabajo del área.	Se brindó apoyo en la estructuración, consolidación y desarrollo del plan de trabajo del mes de febrero para las 12 células de trabajo de las diferentes áreas de la Dirección de Medicamentos, así como para el área de Publicidad.  <a href="#">1.CELULAS DE TRABAJO PLANES FEBRERO</a>
2	Brindar apoyo en el proceso de reparto, firma y notificación de los Actos Administrativos emitidos por el director técnico de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	No hubo actividades en el mes	NO APLICA
3	Preparar y entregar informes relacionados con el estado de los trámites y las actividades a cargo de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, cuando sean requeridos por	Se atendieron y respondieron consultas relacionadas con la elaboración y entrega de informes que fueran requeridos por el	Se atendieron y gestionaron las consultas relacionadas con la elaboración, consolidación y entrega de informes solicitados por el director técnico o el supervisor del contrato durante el mes, incluyendo informes de las células, reportes para las reuniones de células madre y seguimiento a los coordinadores

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

	el director técnico o por el supervisor del contrato.	director técnico o por el supervisor del contrato.	correspondientes. Se brindó apoyo en la elaboración y consolidación de los reportes del despacho, incluyendo el informe de tiempos correspondiente a la Dirección de Medicamentos.  <a href="#">3.INFORMES SOBRE LOS TRAMITES Y COMO SE VA FEBRERO</a>
4	Apoyar en la elaboración y proyección de las respuestas a los requerimientos efectuados por usuarios internos y externos, y PQRSD relacionados con el objeto contractual competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Se brindó apoyo en la elaboración y proyección de respuestas a consultas formuladas por usuarios internos y externos, en el marco de las competencias del área.	Se atendieron y gestionaron consultas recibidas de usuarios externos que por medio del canal de Atención al Usuario llegan al equipo de planificación, así como requerimientos y consultas de usuarios internos de la Dirección. <a href="#">4.RESPUESTAS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS FEBRERO</a>
5	Registrar y actualizar de manera oportuna la información en las bases de datos y herramientas definidas por la Entidad para el seguimiento, incorporando integralmente la información, conforme la estructuración de las herramientas de la Dirección.	Se han creado y actualizado bases de datos para su implementación y uso en la Dirección de Medicamentos, con el fin de fortalecer el seguimiento, control y organización de la información.	Se ha realizado la actualización y mantenimiento de la base de datos de la Dirección en lo relacionado con síntesis química, así como el inicio de la estructuración de la base maestra correspondiente a Fito terapéuticos, homeopáticos y suplementos dietarios. <a href="#">5.BASES MAESTRAS DESPACHO Y PUBLICIDAD FEBRERO</a>
6	Asistir a las reuniones y/o mesas de trabajo relacionadas con el objeto contractual a las que sea convocado por el supervisor del contrato.	Se asistió y participó en reuniones virtuales desarrolladas mediante la plataforma Microsoft Teams.	Se participó de manera continua en reuniones virtuales desarrolladas mediante la plataforma Microsoft Teams, tanto con el Grupo de Publicidad como con la Dirección, aportando al seguimiento de actividades, la articulación de acciones y la toma de decisiones. <a href="#">6.REUNIONES FEBRERO</a>


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
2.	N/A	N/A	N/A	N/A

### 4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

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

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 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)
1	3.323.000	1.750.905	(7 días sobre el S.M.V)	\$43.800,00 EPS NUEVA EPS \$56.000,00 COLPENSIONES \$ 1.800,00 ARL POSITIVA	9499193688	Aportes en Línea

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	<b>\$36.553.000,00</b>
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	<b>\$3.323.000,00</b>
Saldo del contrato	<b>\$33.230.000,00</b>

### 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
	<b>X</b>	

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; Cuenta de Cobro Pago N° 1 – Jose Maria Forero Martinez Contrato N° **422 DE 2026**.

Atentamente,




**Jose Maria Forero Martinez**  
C.C. Nro. 1.026.300.391 de Bogotá D.C

Recibí a satisfacción:



**Sandra María Montoya Escobar**  
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos  
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos  
**Supervisora Contrato 422 de 2026**

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	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	JOSE MARIA FORERO MARTINEZ		NIT/ CC No.	1026300391	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:jforerom@invima.gov.co">jforerom@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3213231210	
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	422 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	2026-12-27	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-27	FECHA DE INICIO	2026-01-28	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-27
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 36.553.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 36.553.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 33.230.000	VALOR PAGADO	3.323.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 1
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	28 de Enero a 27 de Febrero de 2026
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	91261766111
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>					
(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)					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
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	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	N/A		Otros. Cuales?	N/A	
Indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	9499193688				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-01	2026-02-04	\$ 43.800,00	NUEVA EPS	
PENSIÓN	2026-01	2026-02-04	\$ 56.000,00	COLPENSIONES	
ARL	2026-01	2026-02-04	\$ 1.800,00	POSITIVA	
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.					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(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. <input type="checkbox"/> 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"/> <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"/>					
<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	2
<b>Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal</b>					
			Nombre		
			Fecha de revisado:		
			AAAA-MM-DD		
 SANDRÁ MARÍA MONTOYA ESCOBAR DIRECTOR TÉCNICO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS - DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS			Consecutivo:		
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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 1026300391		FORERO MARTINEZ JOSE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 11 # 67 D 81 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213231210	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	35693486	9499193688	N	2026/02/20	2026/02/04	BANCO FALABELLA	0	\$101,600

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	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$350,181	\$56,000			\$350,181	\$43,800			\$0	\$0			\$350,181	\$1,800		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$350,181	\$56,000			\$350,181	\$43,800			\$0	\$0			\$350,181	\$1,800		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$350,181	\$56,000			\$350,181	\$43,800			\$0	\$0			\$350,181	\$1,800		\$0	\$0
1	CC 1026300391	FORERO JOSE	25-14	1	(\$9,400)	(\$9,400)	EPS037	1	(\$58,364)	(\$7,300)		0	\$0	\$0	14-23	1	(\$58,364)	(\$400)	0	\$0	\$0
2	CC 1026300391	FORERO JOSE	25-14	7	\$408,545	\$65,400	EPS037	7	\$408,545	\$51,100		0	\$0	\$0	14-23	7	\$408,545	\$2,200	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$350,181	\$56,000			\$350,181	\$43,800			\$0	\$0			\$350,181	\$1,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026300391		FORERO MARTINEZ JOSE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 11 # 67 D 81 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213231210	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	35693486	9499193688	N	2026/02/20	2026/02/04	BANCO FALABELLA	0	\$101,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$56,000	\$0	\$0	\$56,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$56,000	\$0	\$0	\$56,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,800	\$0	\$0	\$1,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$1,800	\$0	\$0	\$1,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,800	\$0	\$0	\$43,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$43,800	\$0	\$0	\$43,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$101,600</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$101,600</b>	

# Certificación Bancaria

Jueves, 26 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JOSE MARIA FORERO MARTINEZ identificado(a) con CC 1026300391, 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 de ahorros	91261766111	2024-01-04	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.

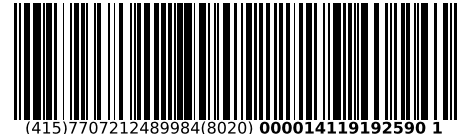
 **Bancolombia**

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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

141191925901



(415)7707212489984(8020) 000014119192590 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 3 0 0 3 9 1

6. DV

8

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 6 3 0 0 3 9 1

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

FORERO

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

MARIA

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 11 # 67 D 81 SUR TO 5 AP 502

42. Correo electrónico

joseforero09@hotmail.com

43. Código postal

1 1 0 5 2 1

44. Teléfono 1

3 2 1 3 2 3 1 2 1 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 1 0 0 4

## Actividad secundaria

48. Código

7 1 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 7 1 7

## 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
5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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 FORERO MARTINEZ JOSE MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**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: Jose Maria Forero Martinez  
Identificación: CC 1026300391

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 certificación<sup>1</sup>.

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:

<sup>1</sup> 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 02 días del mes de Marzo del 2026

Firma: Jose Forero  
Nombres y Apellidos: Jose Maria Forero Martinez  
C.C. 1026300391