	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
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	**IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS**	**NIT/ CC No.**	86.063.294
CORREO ELECTRÓNICO	lviasusa@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3103114281
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	**307 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA FORTALECER EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO SANITARIO REALIZANDO LA EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS JURÍDICOS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE NOTIFICACIÓN SANITARIA, PERMISO SANITARIO O REGISTRO SANITARIO, Y TRÁMITES ASOCIADOS DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE VIGILANCIA DE ESTA DIRECCIÓN**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 42.182.702,40**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 42.182.702,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 38.324.528,40**	**VALOR PAGADO**	**3.858.174**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de enero al 18 de febrero de 2022**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorrros	**No DE CUENTA**	**39593286651**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI	**Facturas**	N/A	
Pago Parafiscales	NO	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA: 9431170998

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ENERO DE 2022**	**2022-02-21**	**$ 152.200**	**MEDIMAS**
PENSIÓN	**ENERO DE 2022**	**2022-02-21**	**$ 194.800**	**COLPENSIONES**
ARL	**ENERO DE 2022**	**2022-02-21**	**$ 6.400**	**POSITIV 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 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**
	2022	3	7



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas.

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	GESTION 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	**307 de 2022**			
CONTRATISTA:	**IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS**		**NIT / C.C No. :**	**86063294**
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA FORTALECER EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO SANITARIO REALIZANDO LA EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS JURÍDICOS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE NOTIFICACIÓN SANITARIA, PERMISO SANITARIO O REGISTRO SANITARIO, Y TRÁMITES ASOCIADOS DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE VIGILANCIA DE ESTA DIRECCIÓN			
VALOR DEL CONTRATO	$42.182.702,40 **(CUARENTA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MCTE)**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**19 de enero de 2022**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328 días**
FECHA DE INICIO:	**19 de enero de 2022**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**16 de diciembre de 2021**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**Enero 19 de 2022**	**HASTA:**	**Febrero 18 2022**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Alimentos y Bebidas**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Ángela Lorena Rueda Montoya**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	1 Apoyar profesionalmente en la evaluación legal de los documentos aportados por el usuario para la concesión de las autorizaciones de comercialización (Registro Sanitario, Permiso Sanitario, Notificación sanitaria, Permiso de comercialización) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes	**Actividad o tipo de trámite realizado** **CANTIDAD** El reporte de tramites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 6 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista	Aplicativo de registros sanitarios

2	2 Apoyar la gestión jurídica respecto de la elaboración de respuestas a las consultas internas y externas, derechos de petición, recursos de reposición relacionados con registros sanitarios y trámites asociados de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.	DERECHO DE PETICION 2 CONSULTAS **Total** **2**	**Aplicativo de correspondencia**
3	3 Acompañar desde la atención jurídica la gestión de los registros sanitarios y trámites asociados que soliciten los ciudadanos por los distintos medios con los que cuenta el Instituto.	ATENCION TELÉFONO (DÍAS) 4 ATENCION CHAT(JORNADAS) ATENCIÓN OFICINA VIRTUAL Total : 4	**Listados emitidos por el coordinador del grupo de Registros Sanitarios y Bebidas**
4	4 Verificar los requisitos de orden legal concernientes con la publicidad de los productos competencia de la Dirección de Alimentos y Bebidas	No se realizó revisión técnica de publicidad.	
5	Consolidar y actualizar las bases de datos, aplicativos y archivos, establecidos en la Dirección Alimentos y Bebidas relacionados con el objeto del contrato.	Se llenó y actualizo la base de datos del aplicativo de registros sanitario de acuerdo a los tramites evaluados	**Aplicativo de registros sanitarios**

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 2022.

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	$3.858.174	$1.543.269	30	$353.400	9431170998	Aportes en línea

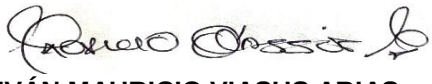
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$42.182.702
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$3.858.174
Saldo del contrato	$38.324.528

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
	X	

Atentamente,



IVÁN MAURICIO VIASUS ARIAS
Contratista
C.C. No. 86.063.294 de Villavicencio
Recibí a satisfacción:

Firma



ÁNGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas,
Dirección de Alimentos y Bebidas (Supervisora) Contrato 307 de 2022

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86063294		VIASUS ARIAS IVAN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 8 ESTE 20A - 17 SUR MIRADOR	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1335927579	9431170998	I	2022/02/22	2022/02/21	BANCOLOMBIA	0	$353,400

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)					$1,217,308	$194,800			$1,217,308	$152,200			$0	$0			$1,217,308	$6,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,217,308	$194,800			$1,217,308	$152,200			$0	$0			$1,217,308	$6,400		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,217,308	$194,800			$1,217,308	$152,200			$0	$0			$1,217,308	$6,400		$0	$0
1	CC	86063294 VIASUS IVAN	25-14	30	$1,217,308	$194,800	EPS044	30	$1,217,308	$152,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,217,308	$6,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,217,308	$194,800			$1,217,308	$152,200			$0	$0			$1,217,308	$6,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86063294		VIASUS ARIAS IVAN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 8 ESTE 20A - 17 SUR MIRADOR	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1335927579	9431170998	I	2022/02/22	2022/02/21	BANCOLOMBIA	0	$353,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,800	$0	$0	$194,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$194,800	$0	$0	$194,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,400	$0	$0	$6,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,400	$0	$0	$6,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$152,200	$0	$0	$152,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$152,200	$0	$0	$152,200
TOTAL				**1**	**$353,400**	**$0**	**$0**	**$353,400**

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (x) NO ( )

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (x)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). SI (x) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA___x_

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
NICOLAS VIASUS CAICEDO	21	HIJO	1193584668

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 por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO (X)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No.90000022376 con Bancolombia, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.800.400) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. _____N/A___ Banco _____N/A_____, consigno la suma de $____N/A_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____N/A_____, la suma de $__N/A_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____N/A_____ la suma de $_____N/A_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (X) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	N/A	Aporte de Salud	N/A
Base (IBC) de Pensión	N/A	Aporte de Pensión	N/A
Base (IBC) de ARL	N/A	Aporte de ARL	N/A

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X).

Atentamente,



Firma:
Nombres y Apellidos IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS
C.C. __86063294_____ de villavicencio

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14813915430

(415)7707212489984(8020) 000001481391543 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 6 3 2 9 4	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 6 0 6 3 2 9 4	1 9 9 8 0 3 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VIASUS	ARIAS	IVAN	MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 20 17 CONJ MIRADOR DEL LLANO

42. Correo electrónico: viacho25@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 1 1 4 2 8 1	

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
6 9 1 0	2 0 0 9 0 5 1 5							

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre
985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

Certificado Bancario

Viernes, 18 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS identificado(a) con CC 86063294, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	39593286651	2018/05/07	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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.

Bancolombia

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.193.584.668**

VIASUS CAICEDO

APELLIDOS

NICOLAS

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAR-2000**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-ABR-2018 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5200150-01076411-M-1193584668-20190524 **0065**08408A 2 9908213363

Escaneado con CamScanner

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
23	02	2021	2020

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS	86063294

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000022376	07	02	2018	07	08	2038	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 79,591,000.00	31	12	2019	$ 76,034,626.00	31	12	2020	$ 77,215,246.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 1,136,189.00
Intereses Corrientes	$ 2,362,699.00
Interés de Mora	$ 0.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 2,362,699.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros	**BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO