	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	*No. 34 de 2026*			
CONTRATISTA:	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**		**NIT / C.C No. :**	*80063119*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE TRADUCCIÓN QUE INCLUYAN LA INTERPRETACIÓN Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA DE TEXTOS OFICIALES, DOCUMENTOS INSTITUCIONALES MATERIAL AUDIOVISUAL, TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA Y DEMÁS CONTENIDOS QUE REQUIERA EL INVIMA, EN EL MARCO DELAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A FORTALECER LA SOBERANÍA SANITARIA NACIONAL Y A FOMENTAR LA INTEGRACIÓN REGIONAL, PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PRODUCTOS COMPETENCIA.			
VALOR DEL CONTRATO	**$107.591.000**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-13**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS**	**330**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-13**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-12-12**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2026-01-13**	**HASTA:**	**2026-02-12**
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Asuntos Internacionales**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**INGRID NATHALIA ACOSTA RODRÍGUEZ** *Profesional Especializada con Asignación de Funciones de Coordinación del Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales*			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			**ACCIONES REALIZADAS**			**EVIDENCIAS**			
Obligación contractual desarrollada	**Descripción de la actividad desarrollada**								
	Documento para traducir		**Tipo de documento**	**Conteo de palabras**	**Inglés - Español - Inglés**	**Carpeta compartida**	**Prio-ritario**	**Com en-tarios**	**Status**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	1	20260121 Comunicacion vietnam	Carta DAB para autoridad de Vietnam	476	Español -Inglés	**X**	**X**		**OK**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de	2	IVC-VIG-PR002-PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ALERTAS	Procedimiento Invima para Identificar,	3524	Español -Inglés	**X**	**X**		**OK**

acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.		SANITARIAS E INFORMES	gestionar y comunicar las alertas sanitarias e informes de seguridad						
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	3	IVC-VIG-IN007-INSTRUCTIVO PARA LA INTERVENCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS	Documento que establece las acciones a ejecutar para la intervención de establecimientos fabricantes de productos competencia Invima involucrados en eventos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos-ETA mediante actividades de inspección, vigilancia y control con enfoque de riesgo para minimizar la afectación de los consumidores.	4853	Español-Inglés	**X**	**X**		**OK**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	4	GTH-DPE-PR001-PROCEDIMIENTO CAPACITACIÓN	Procedimiento de capacitación Invima	5910	español-Inglés	**X**	**X**		**OK**

Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	5	IVC-INS-PR002-PROCEDIMIENTO TOMA DE MUESTRAS	Procedimiento Invima para realizar las actividades de toma de muestras por programas preventivos de los productos competencia del Invima teniendo en cuenta el modelo de gestión de riesgo implementado por la Entidad y todas aquellas solicitudes de las Direcciones Misionales	9084	Español -Inglés				
			Total	**23.847**					
			Total por mes	**23.694**					
			Saldo para Sig. Período	**153**					

INTERPRETACIÓN SIMULTÁNEA –TOTAL EN EL PRESENTE PERÍODO DISTRIBUÍDO ASÍ:

No se realizaron actividades relativas a la provisión de servicios de interpretación simultánea presencial o virtual con equipos durante el presente período.

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

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)
01	**$ 9.781.000**	**$ 4.000.000**	**30**	**$ 1.160.900**	**27933503**	**miplanilla**

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$ 107.591.000**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 9.781.000**
Saldo del contrato	**$ 97.810.000**

6. PUBLICACIÓN 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
01	**X**	

Atentamente,

MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA
Contratista
C.C. No. 80.063.119

Recibí a satisfacción:

INGRID NATHALIA ACOSTA RODRÍGUEZ
Profesional Especializada con Asignación de Funciones de Coordinación del Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales
Supervisor(a) Contrato No. 34 de 2026

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION CONTRACTUAL
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**	
	Código: GAD-CGT-FM24 | Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**	**NIT/ CC No.**	80063119
CORREO ELECTRÓNICO	MJIMENEZS@INVIMA.GOV.CO	**TELÉFONO**	3103447068
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	**No. 34 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2026-12-12**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE TRADUCCIÓN QUE INCLUYAN LA INTERPRETACIÓN Y ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA DE TEXTOS OFICIALES, DOCUMENTOS INSTITUCIONALES MATERIAL AUDIOVISUAL, TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA Y DEMÁS CONTENIDOS QUE REQUIERA EL INVIMA, EN EL MARCO DELAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A FORTALECER LA SOBERANÍA SANITARIA NACIONAL Y A FOMENTAR LA INTEGRACIÓN REGIONAL, PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PRODUCTOS COMPETENCIA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-13**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-13**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-12-12**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 107.591.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 107.591.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 9.781.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 97.810.000**	**VALOR PAGADO**	**9.781.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**13 DE ENERO A 12 DE FEBRERO DE 2026**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**4552 7006 4344**

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	SI		**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A		**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**27933503**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ENERO DE 2026**	**2026-01-19**	**$ 500.000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**ENERO DE 2026**	**2026-01-19**	**$ 640.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**ENERO DE 2026**	**2026-01-19**	**$ 20.900**	**POSITIVA**

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 EJECUCION 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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2026	2	16

Nathalia Acosta R.

INGRID NATHALIA ACOSTA RODRIGUEZ
Profesional Especializada con Asignacion de Funciones de Coordinación del Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales
Supervisor(a)

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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-ABS-MN002.

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	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA	KM 5 VIA ZIPAQUIRA BRICENO ENTRELOMAS CASA 1	3105584500	malejisa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	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	19/01/2026	27933503	$1.160.900	

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	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	1

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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.160.900	1.160.900

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**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA	KM 5 VIA ZIPAQUIRA BRICENO ENTRELOMAS CASA 1	3105584500	malejisa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	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	19/01/2026	27933503	$1.160.900	

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	80063119	JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO	57	0			N							X										25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**
Identificación: **80.063.119**

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 (X) 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	GOOD IAGO TRANSLATIONS & SERVICES SAS	15-4-2015	ACTUAL	$33,600,000	$2,800,000

3. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 6 marco **S**I diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

[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

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
PAOLA ANDREA REYES CLAROS	45	ESPOSA	CC	52530644
SANTIAGO JIMENEZ REYES	15	HIJO	TI	1188213626
ESTEBAN JIMENEZ REYES	12	HIJO	TI	1028443657

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 (X) 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 (X) NO ( ) anexo certificación.

   8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el (N/A)% 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 (X)

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, D.C.__ a los _11_ días del mes de __FEBRERO__ del año _2026_



Firma: _____
Nombres y Apellidos: MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA
C.C.: 80.063.119

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141234837164

(415)7707212489984(8020) 000014123483716 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 6 3 1 1 9	9	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	8 0 0 6 3 1 1 9	

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
JIMENEZ	SALAMANCA	MANUEL	ALEJANDRO

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
KM 5 VIA ZIPAQUIRA BRICEÑO ENTRELOMAS CA 147

42. Correo electrónico alejandro.jimenez@goodiago.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 2 5 8	3 1 0 3 4 4 7 0 6 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
0 0 1 0	1 9 9 8 0 4 1 5	7 4 9 0	2 0 1 1 0 7 0 1	7 0 2 0	5 5 1 9	

Ocupación

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	2 2	4 9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141234837164

(415)7707212489984(8020) **000014123483716 4**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 1 0 7 1 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 7 1 8	
77. No. Matrícula mercantil	0 2 1 2 1 6 7 2	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141234837164

(415)7707212489984(8020) **000014123483716 4**

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. 7 4 9 0	

162. Nombre del establecimiento: GOOD IAGO TRANSLATIONS & SERVICES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CR 54 D 188 41 IN 9 AP 502

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 2 1 2 1 6 8 8	2 0 1 1 0 7 1 8	
168. Teléfono: 3 1 0 3 4 4 7 0 6 8	169. Fecha de cierre: 2 0 1 3 1 1 2 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ZIPAQUIRA, **16/02/2026**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80063119**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**455270064344**
Fecha de apertura	**24/03/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2024 /

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**

Identificación: C.C 80063119

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Fecha de expedición: 2025-03-15

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2024	RENDIMIENTOS DE LOS APORTES	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 50.88%*	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
CUENTA FIJO DIARIO	0570455270064344	$78,108,850.97	$4,749,882.50	$2,416,740.21	$332,491.00	$2,782,125.65	$0.00
CUENTA CORRIENTE	0560540660119806	$2.45	$0.00	$0.00	$0.00	$680.00	$0.00
TOTALES	**2**	**$78,108,853.42**	**$4,749,882.50**	**$2,416,740.21**	**$332,491.00**	**$2,782,805.65**	**$0.00**

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares , encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
La tarifa de Retención en la fuente a título de Renta sobre los rendimientos Financieros será del 10% sobre el 70% del respectivo pago o abono en cuenta. Según lo establecido en el artículo 1.2.4.2.5. del DUR 1625.
* Componente inflacionario de los rendimientos financieros percibidos durante el año.

CERTIFICADOS PRODUCTOS DE CRÉDITO - TARJETAS DE CRÉDITO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC..2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR INTERESES PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*	CONSUMOS Y AVANCES DEL AÑO
Tarjeta Crédito	4198	$28,499.96	$120,254,416.00	$136,578.57	$0.00	$119,934,617.53
Tarjeta Crédito	3375	$0.00	$1,415,118.00	$2,260.11	$0.00	$1,412,857.00
TOTALES	**2**	**$28,499.96**	**$121,669,534.00**	**$138,838.68**	**$0.00**	**$121,347,474.53**

*De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**
Identificación: C.C 80063119
Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá
Fecha de solicitud: 2025-03-10
Fecha de expedición: 2025-03-15

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2024	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
LEASING HABITACIONAL	6000008000599068	12/07/2021	$563,861,000.00	$536,145,541.72	$521,669,761.96	$63,085,000.00	$43,013,463.40	$43,013,463.40	$0.00
TOTALES	**1**		**$563,861,000.00**	**$536,145,541.72**	**$521,669,761.96**	**$63,085,000.00**	**$43,013,463.40**	**$43,013,463.40**	**$0.00**

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

CREDITOS CONSTRUCTOR, CREDIEXPRES, CREDIPLUS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	VALOR UTILIZACIONES	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CREDIEXPRESS	6500455200232856	$0.00	$0.00	$459,090.00	$0.00	$0.00
TOTALES	**1**	**$0.00**	**$0.00**	**$459,090.00**	**$0.00**	**$0.00**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OTROS PRODUCTOS DE CREDITO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC.2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR INTERESES Y/O UVR PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
VEHICULO	5800008000675805	31/03/2022	$311,000,000.00	$249,458,984.76	$203,211,069.00	$84,828,000.00	$36,677,213.77	$0.00
TOTALES	**1**		**$311,000,000.00**	**$249,458,984.76**	**$203,211,069.00**	**$84,828,000.00**	**$36,677,213.77**	**$0.00**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA, **11/02/2026**
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **80063119** de

Posee en el banco Davivienda:

LEASING HABITACIONAL
Número **6000008000599068**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 11 de febrero de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA** identificado (a) con CC No. **80063119**, Titular del Contrato No.1010326228, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA	CC 80063119	TITULAR	01-01/31-12	$4.990.800	$249.540	$5.240.340
PAOLA ANDREA REYES CLAROS	CC 52530644	CONYUGE	01-01/31-12	$4.990.800	$249.540	$5.240.340
ESTEBAN JIMENEZ REYES	TI 1028443657	HIJO(A)	01-01/31-12	$4.990.800	$249.540	$5.240.340
SANTIAGO JIMENEZ REYES	TI 1188213626	HIJO(A)	01-01/31-12	$4.990.800	$249.540	$5.240.340
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$898.854	$44.946	$943.800

LA SUMA DE: $21.905.160 (VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, articulo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada