Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **19/12/2025**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
INVIMA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AGUSTIN ERNESTO TORRES DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **72314506**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**027070045219**
Fecha de apertura	**14/07/2005**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Póliza N°: 090001550265

Fecha de expedición: 22 de abril de 2025



PLAN SALUD EVOLUCIONA FAMILIAR

Este es el certificado del seguro con el que ahora te acompañamos

INFORMACIÓN BÁSICA DEL TOMADOR

Tomador	Tipo y número de identificación
AGUSTIN ERNESTO TORRES DIAZ	C 72314506

Dirección de correspondencia	Ciudad	Correo electrónico	Celular o teléfono
CR 68 # 68 - 37	SANTO TOMAS	agustodi01@yahoo.com	8791089

ASEGURADOS PLAN 218

Nombre y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Parentesco	Edad
BIRINA LUZ CABALLERO GUTIERREZ	CEDULA	1047335894	COMPAÑERO(A) PERMANENTE	37 AÑOS

Extraprima por edad	Extraprima morbilidad	Descuento grupo familiar	Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo	Prima anual (IVA incluido)
0%	0%	0%	$0	$4.674.865

TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
Gastos Hospitalarios y Quirúrgicos					
Habitacion individual sencilla	Hospitalización	ilimitada	Según condiciones generales	$0	No aplica
Unidad de cuidados intensivos			No aplica		
Gastos intrahospitalarios			Según condiciones generales	$49.800	$0
Hospitalización domiciliaria	Evento		No aplica	$0	No aplica
Honorarios Médicos					
Visitas hospitalarias	Hospitalización	ilimitada	No aplica	$0	No aplica
Visitas hospitalarias en UCI					
Honorarios quirúrgicos y de anestesiólogo					
Enfermera posthospitalaria (hasta 20 días)	Evento	Limitada			
Prótesis e Insumos					
Prótesis e insumos	Hospitalización	ilimitada	No aplica	$0	No aplica
Donación de Órganos					
Donación de órganos	Hospitalización	ilimitada	No aplica	$0	No aplica

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
Donación de Órganos					
Enfermedades Congénitas	Vigencia anual	$190.714.000	No aplica	$49.800	$34.700

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
Tratamientos para Cáncer, VIH - SIDA, Hemodiálisis y Diálisis					
Quimio, radio y hormonoterapia por cáncer o leucemia	Evento	ilimitada	No aplica	$0	No aplica
Hemodiálisis y diálisis peritoneal					
VIH-SIDA					
Otros tratamientos medicos ambulatorios					
Cirugías, fracturas, luxaciones y esguinces	Evento	ilimitada	No aplica	$49.800	$34.700
Urgencias por accidente				$80.200	$48.400
Puvaterapia				$0	No aplica
Laboratorio clínico				$0 - $249.600	$0 - $127.400
Exámenes diagnóstico, imagenología o radiológicos	Exámen			$0 - $93.800	$0 - $35.100
Órtesis	Vigencia anual	$2.745.600		$0	No aplica
Asistencia domiciliaria por urgencias odontológicas	Evento	Ilimitada			
Infiltraciones ortopédicas Intratimpánicas y dermatológicas		ilimitada		$48.400	$20.000
Terapias enunciadas en las condiciones generales					
Terapias hasta 70 sesiones por vigencia anual	Sesión	Limitadas	No aplica	$22.900	$20.000
Nebulizaciones por Evento	Evento	ilimitada			$11.400
Consulta externa ilimitada					
Consulta externa ambulatoria	Consulta	Ilimitada	No aplica	$50.500	$42.200
Urgencias por enfermedad ilimitada					
Honorarios médicos	Urgencia	Ilimitada	No aplica	$80.200	$48.400
Insumos clínicos					

Los copagos se modificarán anualmente a partir del primero (1ro) de enero de cada año, independiente de la fecha de renovación de tu seguro.

ANEXOS OPCIONALES

Nombre asegurado	Consulta externa	Urgencias por enfermedad	Emergencia médica domiciliaria
BIRINA LUZ CABALLERO GUTIERREZ	SI	SI	SI

VIGENCIA Y VALOR DEL SEGURO

Vigencia del seguro	Desde	Hasta	Valor sin IVA	Valor IVA	Valor del seguro
	2025-04-22	2026-04-22	$4.452.252	$222.613	$4.674.865

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL PAGO

Forma de pago	Valor sin IVA	Valor IVA	Valor del Seguro
MENSUAL	$371.021	$18.551	$389.572

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de la póliza	Plan	Oficina de radicación
090001550265	218	035 BARRANQUILLA



INFORMACIÓN DEL ASESOR

Código	Nombre	Teléfono/Celular	Correo electrónico
29396	KEVIN ALEJANDRO OYORO ALVARES	3003039798	konoro@sura.com.co



TEXTOS Y ACLARACIONES

Este seguro se terminará:

a) Por mora en el pago de la prima.

b) Por incumplimiento de tus obligaciones.

c) Cuando lo decidas y mediante una comunicación escrita debidamente firmada.

El tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momentode la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y sus anexos y a entregar información veráz y verificable. A su vez la compañía tiene la facultad de cancelarel contrato, de conformidad con lo autoizado por el régimen legal propio de cada contrato, en caso de desatención a estos deberes.

Somos grandes contribuyentes. Favor no efectuar retención sobre el IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente decreto reglamentario 2509/85 art. 17. Autorretenedores resolución n° 009961 terminación automática del contrato del seguro: "La mora en el pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella,producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato". El presente contrato se rige por las condiciones generales y particulares contenidas en la forma F-14-11-0090-260 las cuales se adjuntan.

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

EN SURA PENSAMOS EN TU BIENESTAR, INGRESA HOY A LONGEVO AQUÍ HTTPS://URLGENI.US/HOMEVIVE O INGRESANDO A VIVE MÁS A TRAVÉS DE LA APP SEGUROS SURA Y DESCUBRE TODO LO QUE TENEMOS PARA TU BIENESTAR.. C1047335894 CONVERSIÓN A EVOLUCIONA, CLIENTE VIGENTE EN SALUD PARA TODOS INTEGRAL #1319828 ANTIGÜEDAD DESDE EL 2018/12/05

EXCLUSIONES

Texto asegurado	Nombre	Alcance
C1047335894	MIGRAÑA Y TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN CAUSADA POR ÉSTA Y/O RELACIONADA A LA MISMA, INCLUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO	NO TENDRA COBERTURA LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD- PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PATOLOGÍA, ASI COMO EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DE LA PATOLOGÍA
C1047335894	HEMORROIDES, TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN CAUSADA POR ÉSTOS Y/O RELACIONADA LOS MISMOS, INCLUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO.	"NO TENDRÁN COBERTURA LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PATOLOGÍA, ASI COMO LAS CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PATOLOGÍA Y LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS POR ESTA CAUSA .
C1047335894	ENDOMETRIOSIS Y TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN CAUSADA POR ÉSTA Y/O RELACIONADA A LA MISMA, INCLUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO	NO TENDRÍAN COBERTURA LOS EXÁMENES DE DIAGNOSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD PARA EL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA (LAPAROSCOPIAS DIAGNOSTICAS), NI CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE LA PATOLOGÍA, LAPAROSCOPIAS OPERATORIAS, O CIRUGÍAS ABIERTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS O SUS COMPLICACIONES
C1047335894	INFECCION POR PAPILOMA VIRUS HUMANO Y TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN CAUSADA POR ÉSTA Y/O RELACIONADA A LA MISMA, INCLUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO.	NO TENDRAN COBERTURA LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PATOLOGÍA, CONIZACIÓN O HISTERECTOMÍA SECUNDARIA A EL PVH, SE ACLARA QUE NO CONTEMPLA PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON OTRAS LESIONES DEL CERVIX O EL APARATO GENITAL FEMENINO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5

EXCLUSIONES

Texto asegurado	Nombre	Alcance
C1047335894	TERATOMA Y TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICION RELACIONADA AL MISMO, INLCUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO	NO TENDRAN COBERTURA LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y O QUIRURGICOS COMO CISTECTOMIA, TUMORECTOMIA,OFORECTOMIA Y LAPAROSCOPIAS ENTRE OTROS INCLUYENDO LAS CONSECUENACIAS DEL TRATAMIENTO. NO TENDRÁN COBERTURA LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTA. TAMPOCO SE CUBRE PATOLOGIA CONTRALATERAL POR ESTA MISMA CAUSA.

CONDICIONES GENERALES

Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
01-01-2025	14-11	P	35	F-14-11-0090-260



Firma autorizada

Si tienes alguna inquietud o deseas información adicional, puedes comunicarte con tu asesor Kevin Alejandro Oyoro Alvares al teléfono 3003039798, escribirle al e-mail: konoro@sura.com.co,
o contactarnos a través de nuestra Línea de Atención al Cliente (601) 437 8888 en Bogotá, (602) 437 8888 en Cali y (604) 437 8888 en Medellín.
Llama sin costo desde cualquier lugar del país al 01800 051 8888 o desde tu celular marcando #888.

Para Efectos De Cualquier Notificación, La Dirección De Seguros Generales Suramericana S.A.
Es: Carrera 64b N°49a– 30 De Medellín.

CLIENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: AGUSTIN ERNESTO TORRES DIAZ
Identificación: 72314506

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					
				-	-

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 (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 ( ) NO (X) anexo certificación.

8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el (X)% para la deducción.

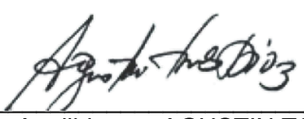
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (X)

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 _Barranquilla_ a los _26___ días del mes de ___febrero del __2026___

Firma: 

Nombres y Apellidos: __AGUSTIN TORRES DIAZ

C.C. 72314506

	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	**AGUSTIN TORRES DIAZ**	**NIT/ CC No.**	72314506
CORREO ELECTRÓNICO	atorresd@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3165363887
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. 196 DE 2026)**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**19/11/2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL AGENDAMIENTO Y ESTUDIO DE LOS TRAMITES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN CONCEPTO TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DENTRO DEL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-18**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-20**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-11-19**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 59.470.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 53.523.000**	**VALOR PAGADO**	**5.947.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(22 de enero al 21 febrero del 2026)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORRO	**No DE CUENTA**	**027070045219**

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)

N.A

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**	SI	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9499012580**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2026-01**	**2026-02-04**	**$ 297.400**	**SURA**
PENSIÓN	**2026-01**	**2026-02-04**	**$ 380.700**	**COLPENSIONES**
ARL	**2026-01**	**2026-02-04**	**$ 12.500**	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

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**	
	2026	3	10	

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

Gloria Cecilia Peñuela S

Gloria Cecilia Peñuela Sanchez
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

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.

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 72314506		TORRES DIAZ AGUSTIN ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 68 N 78-37	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3398769	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	35996969	9499012580	I	2026/02/03	2026/02/04	BANCO DAVIVIENDA	1	$691,200

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)					$2,378,800	$380,700			$2,378,800	$297,400			$0	$0			$2,378,800	$12,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,378,800	$380,700			$2,378,800	$297,400			$0	$0			$2,378,800	$12,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,378,800	$380,700			$2,378,800	$297,400			$0	$0			$2,378,800	$12,500		$0	$0
1	CC	72314506	TORRES AGUSTIN	25-14	30	$2,378,800	$380,700	EPS010	30	$2,378,800	$297,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,378,800	$12,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,378,800	$380,700			$2,378,800	$297,400			$0	$0			$2,378,800	$12,500		$0	$0

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 72314506		TORRES DIAZ AGUSTIN ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 68 N 78-37	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3398769	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	35996969	9499012580	I	2026/02/03	2026/02/04	BANCO DAVIVIENDA	1	$691,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$380,700	$300	$0	$381,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$380,700	$300	$0	$381,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,500	$100	$0	$12,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,500	$100	$0	$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,400	$200	$0	$297,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$297,400	$200	$0	$297,600
TOTAL				1	$690,600	$600	$0	$691,200

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141237862798

(415)7707212489984(8020) 000014123786279 8

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Santo Tomás 6 8 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	DIAZ	AGUSTIN	ERNESTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CR 68 78 37

42. Correo electrónico: agustodi10@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 6 0 1 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 TORRES DIAZ AGUSTIN ERNESTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	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	196-2026			
CONTRATISTA:	AGUSTIN ERNESTO TORRES DIAZ		**NIT / C.C No. :**	72314506
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE-EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO.			
VALOR DEL CONTRATO	Cincuenta y nueve millones cuatrocientos setenta mil pesos M/CTE$ (59.470.000)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-18		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**300**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-20**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-11-19**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2026-01-21**	**HASTA:**	**2026-02-22**
PAGO NÚMERO:	**PRIMERO (01)**		**DEPENDENCIA:**	Dirección De Medicamentos Y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato	2 FIES	20241268928/ Estudio de evaluación farmacológica /Inicial/Requerir 20241301915/ Estudio de evaluación farmacológica /Inicia/Requerir
2	Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato, entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendas de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia de los Medicamentos de Síntesis Química y/o Productos Biológicos y/o Suplementos Dietéticos, conforme a la solicitud del titular.	2 FIES	20241268928/ Estudio de evaluación farmacológica /Inicial/Requerir 20241301915/ Estudio de evaluación farmacológica /Inicial/Requerir

3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos.	1 AUTO	20241268928/ Estudio de evaluación farmacológica /Inicial/Requerir
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros Sanitarios de Síntesis Química, Productos Biológicos	No me fue asignado labores este mes, sobre esta actividad	NO APLICA
5	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y realizar consultas permanentemente, así como generar recomendaciones identificando las partes que deben ajustarse cuando se presenten cambios normativos que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.	No me fue asignado labores este mes, sobre esta actividad	NO APLICA
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen para la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual	Reuniones / Capacitaciones	1. Generalidades, Normativa, Tarifas, Procesos, Aplicativos, Actos Administrativos, Evaluación Trámites, Ejercicios aplicación 2. Capacitación correspondencia

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 2026.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	**$ 5.947.000**	**$ 2.378.800**	30	$297.400	9499012580	Aportes en línea
2	**$ 5.947.000**	**$ 2.378.800**	30	$380.700	9499012580	Aportes en línea
3	**$ 5.947.000**	**$ 2.378.800**	30	$12.500	9499012580	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$** 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.947.000
Saldo del contrato	$ 53.523.000

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
Acta de inicio	x	
Pago 1	X	

Atentamente,

Firma
AGUSTIN ERNESTO TORRES DIAZ
Contratista
C.C. No. 72314506

Recibí a satisfacción:

Gloria Cecilia Peñuela S

Firma
GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ
Coordinadora de grupo a salas especializadas
Dela comisión revisora
Supervisor(a) Contrato 196 de 2026