
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	JESSICA LIZETH SOCHA IBAÑEZ		NIT/ CC No.	1020761693 -2	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:jsochai@invima.gov.co">jsochai@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3203292583	
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. 558 - 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	31/12/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL GRUPO TÉCNICO DE MEDICAMENTOS EN EL ESTUDIO, LA PROYECCIÓN DE RESPUESTAS A SOLICITUDES Y REALIZACIÓN DE VISITAS CON PROPÓSITO DE CERTIFICACIONES EN BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA, QUE DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SE REQUIERAN A LOS ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-09-24	FECHA DE INCIO	2025-09-24	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 10.855.133	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 10.855.133	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 7.532.133	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	(24 de septiembre al 23 de octubre del 2025)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	18868350974
<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	NO	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	N/A		
Carné	NO	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	SEPTIEMBRE (9493096791)				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	sep-25	2025-10-09	\$ 178.000,00	EPS SURA	
PENSIÓN	sep-25	2025-10-09	\$ 227.800,00	COLPENSIONES	
ARL	sep-25	2025-10-09	\$ 34.700,00	ARL SURA	
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	
		2025	10	24	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
<b>CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO</b> Coordinadora Grupo 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	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 180 12A 16TO 4 APTO 1003	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1839179845	9493096791	I	2025/10/22	2025/10/09	BANCOLOMBIA	0	\$467,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,360,000	\$27,200			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,360,000	\$27,200			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,360,000	\$27,200			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
1	CC 1020761693	SOCHA JESSICA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,360,000	\$27,200	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0								
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,360,000	\$27,200			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBÁÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 180 12A 16TO 4 APTO 1003	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-09	2025-09	1839179845	9493096791	I	2025/10/22	2025/10/09	BANCOLOMBIA	0	\$467,700	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,200	\$0	\$0	\$27,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$27,200	\$0	\$0	\$27,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$467,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$467,700</b>	

# Certificación Bancaria

Domingo, 27 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JESSICA LIZETH SOCHA IBAÑEZ identificado(a) con CC 1020761693, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	16868350974	2016-11-17	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)



**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE  
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS  
PERSONALES**

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: Jéssica Lizeth Socha Ibáñez

Identificación: 1.020.761.693

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.

\* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (  ) NO (  )

\* \$199.196.000 con UVT (\$49.799) año 2025 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					
				-	-

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 2024, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2024, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2025. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2024

7. Para efectos de lo previsto en el párrafo 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 (\$1,593.568) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicional 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 en la ciudad de Bogotá a los 24 días del mes de octubre del 2025.



Firma: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: Jéssica Lizeth Socha Ibáñez  
C.C. 1.020.761.693

	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>	558 - 2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	Jessica Lizeth Socha Ibañez	<b>NIT / C.C No. :</b>	1020761693-2
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	Prestar servicios profesionales para apoyar al grupo técnico de medicamentos en el estudio, la proyección de respuestas a solicitudes y realización de visitas con propósito de certificaciones en buenas prácticas de manufactura, que de acuerdo con la normatividad vigente se requieran a los establecimientos competencia de la dirección de medicamentos y productos biológicos.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	Diez millones ochocientos cincuenta y cinco mil ciento treinta y tres pesos M/CTE (\$10.855.133,00).		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2025-09-24	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	98 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2025-09-24	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2025-12-31
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2025-09-24	<b>HASTA:</b>	2025-10-23
<b>PAGO NÚMERO:</b>	<b>01</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección De Medicamentos y Productos Biológicos
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	<b>CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO</b> Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la evaluación y proyección de respuestas a solicitudes de aceptación de certificación de Buenas Prácticas de Manufactura, peticiones, certificados de Buenas Prácticas de Manufactura, denuncias, correspondencia y demás solicitudes relacionadas con la realización de visitas de certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y/o Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL), acorde al procedimiento de Auditorias y Certificaciones.	Atención de:  1. Proyección de correspondencia y derechos de petición: 23	Radicados Invima Nos./Actas generadas/archivo en expedientes:  1. 20251268610 2. 20251270100 3. 20251270986 4. 20251271647 5. 20251266085 6. 20251282748 7. 20251270922 8. 20251284645 9. 20251280689 10. 20251281473 11. 20251283658 12. 20251284175 13. 20251287217 14. 20251287132 15. 20251291219



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

			16. 20251267431 17. 20251270923 18. 20251270210 19. 20251292685 20. 20251271070 21. 20251287306 22. 20251281664 23. 20251283716
2	<p>Apoyar en la revisión de solicitudes de visitas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y/o Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL), evaluando el cumplimiento de la documentación allegada por el usuario acorde a los requisitos establecidos en la normatividad vigente.</p>	<p>Atención de:</p> <p>1. Revisión de correspondencia y derechos de petición de compañeros: 2</p>	<p>Radicados Invima Nos./Actas generadas/archivo en expedientes:</p> <p>1. 20253014763 2. 20251265843</p>
3	<p>Apoyar la realización y ejecución de las visitas de verificación de revisión documental de verificación de requerimientos para la certificación en Buenas Prácticas de conformidad con la normatividad sanitaria vigente.</p>	<p>No programado para el periodo</p>	<p>1. No programado para el periodo.</p>
4	<p>Apoyar en el diligenciamiento y actualización de las bases de datos, aplicativos y sistemas de información, establecidos en el Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del INVIMA.</p>	<p>Se diligencia la base de datos de establecimientos y carpetas compartidas sharepoint:</p> <p>1. (12) Visitas 2. (2) Certificados 3. (09) Derechos de Petición</p>	<p>1. Resoluciones: 1. 20251270986 2. 20251271647 3. 20251270922 4. 20251284645 5. 20251280689 6. 20251281473 7. 20251283658 8. 20251284175 9. 20251287217 10. 20251287132 11. 20251291219 12. 20251287306</p> <p>2. Certificados: 1. 20251268610 2. 20251270100</p> <p>3. Derechos de Petición:</p>

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

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20251266085</li> <li>2. 20251282748</li> <li>3. 20251267431</li> <li>4. 20251270923</li> <li>5. 20251270210</li> <li>6. 20251292685</li> <li>7. 20251271070</li> <li>8. 20251281664</li> <li>9. 20251283716</li> </ol>
--	--	--	--

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
NA	NA	NA	NA	NA

### 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 septiembre 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)
01	\$ 0	\$ 1.423.500	30	\$ 440.500	9493096791	Aportes en línea

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 10'855.133
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 3'323.000
Saldo del contrato	\$ 7'532.133

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

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

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
01	X	

Atentamente,

**Firma**

**Nombres y apellidos del contratista:** Jessica Lizeth Socha Ibáñez

**Contratista**

**C.C. No.** 1020761693

Recibí a satisfacción:

**Nombres y Apellidos:** CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO

**Cargo:** Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos

**Dependencia:** DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

**Supervisor(a) Contrato 558 de 2025.**