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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	<b>294 de 2025</b>		
<b>CONTRATISTA:</b>	Jairo Alexander Zamora Ortiz	<b>NIT / C.C No.:</b>	80.311.827-1
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS EN LA REALIZACIÓN DE VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, ASÍ COMO LA VERIFICACIÓN DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$55.220.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	7 de febrero de 2025	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS</b>	Diez (10) meses
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2025-02-10</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2025-12-30</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b>	<b>2025-11-10</b>	<b>HASTA:</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	<b>10</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	DIANA CAROLINA VERA RUBIO – Coordinadora Grupo Técnico		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la revisión de solicitudes de visitas de certificación a los establecimientos fabricantes e importadores de dispositivos médicos y de reactivos de diagnóstico in vitro, emitiendo los respectivos requerimientos de conformidad con la normatividad sanitaria vigente; así como apoyar en la realización de visitas con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de once (11) radicados de solicitud de visita, así: 20251235253 20251133455 20251188308 20251053364 20241334694 20251133545 20251163726 20251162587 20251180079 20251049794 20251056377</li> <li>• Ejecución de trece (13) visitas, así: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dos (2) visita de certificación CCAA DM</li> <li>✓ Cuatro (4) visita de recertificación CCAA DM</li> <li>✓ Tres (3) visitas de verificación de requerimientos CCAA DM</li> <li>✓ Una (1) visita de certificación Salud Bucal</li> <li>✓ Una (1) visita de verificación de requerimientos Salud Bucal</li> </ul> </li> </ul>	<p>De las once (11) visitas realizadas, se generaron y/o se archivaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Once (11) oficios comisorios</li> <li>• Once (11) actas de visita de certificación</li> <li>• Siete (07) Certificados</li> </ul> <p>Expedientes asociados: AT-0355 B-0024-2 AT-0104 AT-0346 DC-2318-2 NS-0044 NS-0068 NS-0067 AT-0352 CL-0054 DC-2627</p>
2	Apoyar al Grupo Técnico de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras en las respuestas a las diferentes peticiones allegadas por los interesados, que estén relacionadas con el objeto contractual y le sean asignadas por el supervisor del contrato.	<p>Se elaboraron y proyectaron en los términos de ley, a los siguientes seis (06) radicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 20251307785</li> <li>✓ 20251311850</li> <li>✓ 20251344715</li> <li>✓ 20251329420</li> <li>✓ 20251360924</li> <li>✓ 20251336550</li> </ul>	<p>Envío de seis (6) Respuestas a radicados entrantes asignados a través del aplicativo de correspondencia Sesuite.</p> <p>Adicionalmente, se actualizo las siguientes Bases de Datos mediante el One Drive SharePoint:</p>

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

			<ul style="list-style-type: none"> <li>General/BASE DE DATOS/ BASE DE DATOS DE DIRECCIÓN DDMOT, 21-abr-24.xlsx</li> <li>BASE DE DATOS PQRSDC 2025</li> </ul>
3	Brindar apoyo a la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnología con la asistencia técnica en atención de usuarios, reuniones y comités que se deriven del objeto contractual.	Se realizó cuatro atenciones al ciudadano de forma virtual	Actas de Atención diligenciadas por medio del forms <a href="https://app.invima.gov.co/formularios/vi ew.php?id=472540">https://app.invima.gov.co/formularios/vi ew.php?id=472540</a>
4	Prestar apoyo técnico y/o asistir al Grupo Técnico de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, en las reuniones, comités técnicos, reuniones de análisis de la normatividad relacionados con productos con productos competencia de la dependencia y que guarden relación con el objeto contractual.	No se realizó la actividad durante este periodo	N.A.
5	Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos de certificaciones, visitas de Inspección, vigilancia y control, así como las correspondientes a tramites asociados del Grupo Técnico de Dispositivos Médicos, de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	Se realizo revisión y gestión de tres (03) actas de IVC, de los establecimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bioline Hilos con expediente DC-2779</li> <li>Laboratorios Legrand con expediente DC- 2316</li> <li>Espumlnadia con expediente DC-2142</li> </ul>	BASE DE DATOS DE DIRECCIÓN DDMOT, 21-abr-24.xlsx  NUEVA BASE DE DATOS PROGRAMACION VISITAS DE IVC/2025.xlsx  BITACORA IVC

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	442125	Barranquilla - Atlántico	10-11-2025	14-11-2025
2	474425	Cúcuta – Norte de Santander	24-11-2025	27-11-2025

### 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 **noviembre** 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)
10	\$ 5.522.000	\$ 2.208.800	30	\$ 630.100	91668442	Mi planilla

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

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 59.085.400
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 55.220.000
Saldo del contrato	\$ 3.865.400

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


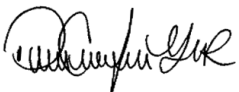
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
10	X	

Atentamente,

**JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ**  
 Contratista  
 C.C. No. 80.311.827-1

Recibí a satisfacción:

**DIANA CAROLINA VERA RUBIO**  
 Coordinadora  
 Grupo Técnico  
 Dirección de Dispositivos médicos y Otras Tecnologías  
 Supervisora Contrato 294 de 2025.

		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	Jairo Alexander Zamora Ortiz		NIT/ CC No.	80.311.827-1	
CORREO ELECTRÓNICO	izamorao@invima.gov.co		TELÉFONO	3106259572	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	294 de 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	Diez (10) meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS EN LA REALIZACIÓN DE VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, ASÍ COMO LA VERIFICACIÓN DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-07	FECHA DE INICIO	2025-02-10	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.085.400	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 9.387.400	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 3.865.400	VALOR PAGADO	\$ 55.220.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	10
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	10 de noviembre de 2025 al 9 de diciembre de 2025
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	488403651281
<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	NO	
Pago Parafiscales	NO		Ingreso a Almacén	NO	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	NO	
Carné	NO		Otros. Cuales?	NO	
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	91668442				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	nov-25	2025-11-26	\$ 276.100,00	COMPENSAR	
PENSIÓN	nov-25	2025-11-26	\$ 353.500,00	COLFONDOS	
ARL	nov-25	A CARGO DEL INVIMA	A CARGO DEL INVIMA	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.</li> <li>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.</li> <li>Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.</li> </ol>					
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	12	9	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
DIANA CAROLINA VERA RUBIO COORDINADORA DEL GRUPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS		Consecutivo:			
<p><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.</p> <p><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.</p>					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80311827	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ		cra 96B # 16H-70	3062314	jazo1010@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-11	2025-11	I	26/11/2025	91668442	\$629.600	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	353.500	0	0	0	0	0	0	0	353.500	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										

### 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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.100	276.100
Pensión	1	353.500	353.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>629.600</b>	<b>629.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80311827	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ		cra 96B # 16H-70	3062314	jazo1010@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11					\$629.600	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	80311827	ZAMORA ORTIZ JAIRO ALEXANDER		3	0		N																	231001	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS008	2.208.800	276.100		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA