
		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	ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA			NIT/ CC No.	1057466439-8
CORREO ELECTRÓNICO	acaballeron@invima.gov.co			TELÉFONO	3003472594
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión			N/A	
No. CONTRATO	575 de 2025			TERMINO DE EJECUCIÓN	3 meses
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales jurídicos en la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías realizando el estudio, revisión y proyección de actos administrativos para la expedición de Registros Sanitarios y Trámites Asociados competencia de la misionalidad.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-10-10	FECHA DE INCIO	2025-10-14	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 15,093,467	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 15,093,467	VALOR A PAGAR	\$ 5,522,000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 9,571,467	VALOR PAGADO	5,522,000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	1	PERIODO OBJETO DE PAGO	(14 de octubre al 13 de noviembre 2025)
BANCO	Davivienda	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	488413805232
<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	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	N/A		Otros. Cuales?	N/A	
Declaración, Juramentada, Rut y Certificación bancaria					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	35321089				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	oct-25	2025-11-10	178,000	COMPENSAR EPS	
PENSIÓN	oct-25	2025-11-10	227,800	PORVENIR	
ARL	oct-25	2025-11-10	7,500	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)					
<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 PLA 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"/>					
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.					
		AAAA	MM	DD	
		2025	11	28	
 <b>Yenny Paola Sánchez Obando</b> Coordinadora Registros Sanitarios Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		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.					

RAZÓN SOCIAL :	ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1057466439
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-12
FECHA DE PAGO:	2025-11-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35321089
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35321089
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.138.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.900	\$ 6.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 420.200	\$ 420.200

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2025
----------------------------------	------------

**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: ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA

Identificación: 1.057.466.439

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 (X) NO ( )

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

3. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No. N/A.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación<sup>1</sup>.

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

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 (N/A)%

Si en numeral 6 marco **SI** 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 las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

<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


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 (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 (N/A) NO (N/A)
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 a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del 2025

Firma:   
Nombres y Apellidos: ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA  
C.C. 1.057.466.439





## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
Invima**

**28/11/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1057466439**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488413805232**  
Fecha de apertura **02/03/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



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

Cliente: **ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA**

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Identificación: C.C 1057466439

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

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 DAMAS	0550488413805232	\$415,355.98	\$880.43	\$447.96	\$0.00	\$0.00	\$0.00
DBajoMonto Daviplata	3003472594	\$50,315.84	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>\$465,671.82</b>	<b>\$880.43</b>	<b>\$447.96</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>

\*\*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.

**INFORMACIÓN PRODUCTOS TARJETAS PREPAGO O GIFT**

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC..2024	CONSUMOS DEL AÑO	VALOR DEL GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO*
Tarjeta Prepago Ecard Daviplata	8262	\$8,237.00	\$2,047,140.00	\$0.00
<b>TOTALES</b>	<b>1</b>	<b>\$8,237.00</b>	<b>\$2,047,140.00</b>	<b>\$0.00</b>

**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*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700457000522114	17/05/2022	\$85,000,000.00	\$83,118,606.00	\$85,572,387.89	\$7,800,000.00	\$6,514,535.82	\$6,514,535.82	\$0.00
<b>TOTALES</b>	<b>1</b>		<b>\$85,000,000.00</b>	<b>\$83,118,606.00</b>	<b>\$85,572,387.89</b>	<b>\$7,800,000.00</b>	<b>\$6,514,535.82</b>	<b>\$6,514,535.82</b>	<b>\$0.00</b>



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

Cliente: **ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA**

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Identificación: C.C 1057466439

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

Fecha de expedición: 2025-03-15

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

## INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa

Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.

Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.

En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios

Estimado cliente. Si además usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la dirección [infoprov@davivienda.com](mailto:infoprov@davivienda.com)

La tarifa de retención en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas débito y/o crédito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles

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.


Dirección del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN

Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.

El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.

Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.

Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

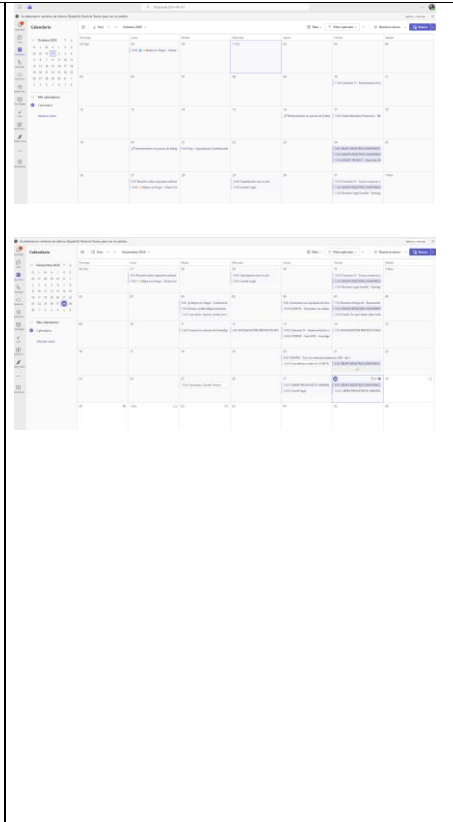

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	No. 575 de 2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	ARIADNA CAMILA CABALLERO NEIRA	<b>NIT / C.C No. :</b>	1057466439-8
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	Prestar servicios profesionales jurídicos en la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías realizando el estudio, revisión y proyección de actos administrativos para la expedición de Registros Sanitarios y Trámites Asociados competencia de la misionalidad.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$15.093.467		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2025-10-10	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	03 meses
<b>FECHA DE INICIO:</b>	14-10-2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	30-12-2025
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2025-10-14	<b>HASTA:</b>	2025-11-13
<b>PAGO NÚMERO:</b>	Pago 1	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	YENNY PAOLA SANCHEZ OBANDO		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar legalmente en las respuestas a los derechos de petición y diferentes consultas allegadas al Grupo de Registros Sanitarios y que sean asignadas por el supervisor del contrato, así como diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos	Se apoyó en la proyección de los derechos de petición asignados por la supervisora del contrato de la siguiente manera:  Respuesta a 2 Derechos de petición Radicados: 20251308784 20251311977 20251310942	Plantilla de respuesta obrante en Se-Suite con los siguientes radicados salientes:  20252052081 20252052547 20252052416
2	Brindar apoyo jurídico a la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías en la asistencia legal en atención a usuarios,	Se brindó el apoyo jurídico en la asistencia legal de atención a usuarios de conformidad con la asignación de la supervisora del contrato así	Copias de Booking de las respectivas atenciones a usuarios  Y pantallazo calendario de las respectivas reuniones



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

	<p>reuniones, comités y que se deriven del objeto contractual</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención a usuarios 17/10/2025 10:00 a.m. a 10:30 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 17/10/2025 11:00 a.m. a 11:30 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 24/10/2025 09:00 a.m. a 09:30 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 24/10/2025 10:00 a.m. a 10:30 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 24/10/2025 10:30 a.m. a 11:00 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 31/10/2025 11:00 a.m. a 11:30 a.m.</li><li>• Atención a usuarios 07/11/2025 10:30 a.m. a 11:00 a.m.</li></ul>	
<p>3</p>	<p>Brindar apoyo legal y/o asistir al Grupo de Registros Sanitarios de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, en las reuniones, comités legales, reuniones de análisis de la normatividad relacionados con productos competencia de la dependencia y que guarden relación con el objeto contractual</p>	<p>Se asistió a las reuniones y comités de conformidad a la asignación dada por la supervisora del contrato así:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entrenamiento en puesto de trabajo 16/10/2025</li><li>• Entrenamiento en puesto de trabajo 20/10/2025</li><li>• Reunión sobre respuesta saliente 20252045230 DERMAVAN 27/10/2025</li><li>• Capacitación Rtas Se- Suite 29/10/2025</li><li>• Comité Legal 29/10/2025</li><li>• Revisión Legal Cartilla 31/10/2025</li><li>• Ajuste Cartilla formulario 04/11/2025</li><li>• ICONTEC - Requisitos de calidad para biobancos NTC ISO 2038706/11/2025</li><li>• Reactivos Riesgo III - Renovación y recurso - Laboratorio ABO – denuncia 07/11/2025</li><li>• Socialización Proyectos Pasantes VIG POST 12/11/2025</li></ul>	<p>Listados de Asistencia ubicados en la carpeta compartida de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías.</p> 



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICONTEC - Serie NTC - Investigación clínica de Dispositivos Médicos NTC ISO 14155 13/11/2025</li> </ul>	
4	Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos relacionadas con trámites asociados de Registros Sanitarios de Dispositivos Médicos, de acuerdo con el plan de trabajo asignado	No fue asignada esta labor en la presente vigencia	N/A
5	Apoyar en las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato que estén relacionadas con el objeto contractual.	Se apoyó en la proyección de actos administrativos y/o captura de conceptos relacionados con los trámites de Registros Sanitarios de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías	<p>Respectivo acto administrativo y/o concepto en el aplicativo de Registros de los siguientes radicados:</p> <p>20251268469            20251285962            20251290879            20251291006            20251291037            20251291396            20251285589            20251285676            20251286117            20251281113            20251291396            20251271988            20251294633            20251295134            20251295154            20251295328            20251283740            20251283759            20251283774            20251266151            20251271993            20251274017            20251274135            20251274148            20251287110            20251290904            20251287162</p>



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL


**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

			20251198780 20251201875 20251201895 20251202313 20251205896 20251205901 20251257394 20251257396 20251266412 20251276551 20251287773 20251282770 20251302811 20251181139 20251290879 20251295154 20251304730 20251305236 20251306639 20251311145 20251306639 20251304759 20251304777 20231111124 20251198780 20251273688 20251300728 20251311145 20251305258 20251311069 20251311088 20251304730 20251276536 20251270408 20251201875 20251201895 20251202313 20251205896 20251205901 20251205910 20251251796 20251254178 20251254178 20251254222 20251254222 20251282120 20251282129 20251282135 20251282183 20251283740 20251283759 20251283774 20251237847
--	--	--	---

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

			20251282732 20251279597 20251205910 20251251796 20251300732 20251282183
--	--	--	--

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 octubre 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)
1	\$5.522.000	\$1.423.500	30	\$420.200	35321089	Asopagos S.A.

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$15.093.467
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$5.522.000
Saldo del contrato	\$9.571.467

### 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
1	X	

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>	
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01

Atentamente,

**Firma**  
**Ariadna Camila Caballero Neira**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1.057.466.439**

Recibí a satisfacción:

**Firma**  
**Yenny Paola Sánchez Obando**  
**Coordinadora Registros Sanitarios**  
**Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías**  
**Supervisora Contrato 575 de 2025**