

**DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo</b>           | Prestación de servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Número</b>         | 2025000676                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Modalidad</b>      | Mínima Cuantía MCSP2925                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Contratista</b>    | Worldbiohaztec Colombia SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Objeto</b>         | El (la) Contratista se obliga a prestar el servicio de capacitación presencial y auditoría interna de calidad bajo los lineamientos de la norma ISO/IEC 17025:2017 descritas según el Clasificador de Bienes y Servicios con los códigos 861017, 841116 al Laboratorio de Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño |
| <b>Valor</b>          | VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$20.000.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>RUT</b>            | 901113510                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>N° CDP Y FECHA</b> | 2025000212 del 09/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

En las instalaciones del IDSN se reunieron LIA VIZZOTTI en su calidad de representante legal de Worldbiohaztec Colombia SAS, JORGE LUIS CERON PEREZ líder del Laboratorio de Salud Pública en su calidad de Supervisor del contrato y OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA en su calidad de subdirector de Salud Pública, con el fin de realizar el acta número uno (01) de pago final y liquidación del contrato de la referencia y en conformidad a los desempeñado dentro del presente contrato dando cumplimiento a todas las actividades dentro del mismo.

**1. De acuerdo con lo informado, los valores parciales a cancelar son:**

| DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | %IA <sup>1</sup> | VIA | %RP  | VRP          | %Acum | Valor Acumulado |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|------|--------------|-------|-----------------|
| El (la) Contratista se obliga a prestar el servicio de capacitación presencial y auditoría interna de calidad bajo los lineamientos de la norma ISO/IEC 17025:2017 descritas según el Clasificador de Bienes y Servicios con los códigos 861017, 841116 al Laboratorio de Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño | 0%               | \$0 | 100% | \$20.000.000 | 100%p | \$20.000.000    |
| <b>SUMAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0%               | \$0 | 100% | \$20.000.000 | 100%  | \$20.000.000    |

<sup>1</sup> %IA: % de informes anteriores  
VIA: valor de informes anteriores

%RP: % reconocido en el periodo  
VRP: valor reconocido en el periodo

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



SC-CER98915



Sitio Web: <https://www.idsn.gov.co/>

Dirección: Calle 15 No. 28-41, Plazuela Bomboná

Conmutador: (602) 724 4436

Servicio a la Ciudadanía: +57 318 240 4557 - +57 316 482 2435



|                                                                                   |                                         |                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | <b>ACTA DE PAGO FINAL Y LIQUIDACION</b> |                    |                          |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO:</b> F-GGJOAJ01-22            | <b>VERSIÓN:</b> 04 | <b>FECHA:</b> 22-04-2021 |

Página 2 de 4

## 2. Pago de gastos de viaje y/o transporte:

De acuerdo a lo establecido en el contrato los gastos de viaje y/o transportes generados en el desarrollo de las actividades relacionadas en la presente acta son:

No. De Registro de gastos de viaje y/o transporte:

| DESCRIPCION                       | VALOR |
|-----------------------------------|-------|
| Gastos de viaje <b>(A) Rubro:</b> | \$0   |
| Transporte <b>(B) Rubro:</b>      | \$0   |
| VALOR A PAGAR <b>(A+B)</b>        | \$0   |

## 3. Recibo a satisfacción:

Se recibe a satisfacción los trabajos ejecutados dentro del contrato en un porcentaje del (100%) de acuerdo a las actividades programadas y con los plazos establecidos, así:

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| Plazo del contrato:                      | 71 días    |
| Fecha de inicio:                         | 18/11/2025 |
| Fecha de terminación:                    | 12/12/2025 |
| Tiempo de ejecución:                     | 25 días    |
| Relación de suspensiones o ampliaciones: | N/A        |

## 4. Validación de seguridad social y aportes:

| Verificación de aportes              | SI | NA | Valor Cotizado | No. Planilla |
|--------------------------------------|----|----|----------------|--------------|
| Sistema integral de seguridad social | X  |    |                | 91650108     |
| • Salud                              | X  |    | \$348.000      | 91650108     |
| • Pensión                            | X  |    | \$1.479.000    | 91650108     |
| • Riesgos Profesionales              | X  |    | \$455.000      | 91650108     |
| Aportes parafiscales                 | X  |    |                |              |



SC-CER98915



@idsnestacontigo

Sitio Web: <https://www.idsn.gov.co/>

Dirección: Calle 15 No. 28-41, Plazuela Bomboná

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

Servicio a la Ciudadanía: +57 318 240 4557 - +57 316 482 2435



|                                                                                   |                                         |                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | <b>ACTA DE PAGO FINAL Y LIQUIDACION</b> |                    |                          |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO:</b> F-GGJOAJ01-22            | <b>VERSIÓN:</b> 04 | <b>FECHA:</b> 22-04-2021 |

Página 3 de 4

##### 5. Valores a cancelar:

| DESCRIPCION                                                                    | VALOR        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Valor Total del Contrato <b>(A)</b>                                            | \$20.000.000 |
| Valor Anticipo o Pago Anticipado <b>(B)</b>                                    | \$0          |
| Valor a pagar de Honorarios en la presente acta <b>(C)</b>                     | \$20.000.000 |
| Valor a pagar de Gastos de viaje y/o transporte en la presente acta <b>(D)</b> | \$0          |
| Amortización anticipo <b>E = (B*(C+D))/A</b>                                   | \$0          |
| Valor total de pagos parciales según comprobantes de Egreso <b>(F)</b>         | \$0          |
| <b>VALOR A PAGAR (C+D)-E</b>                                                   | \$20.000.000 |
| <b>Saldo a favor del IDSN</b>                                                  | \$0          |
| <b>Saldo a favor del Contratista</b>                                           | \$0          |

**Nota:** Relacione en el pie de página los valores

Total, valor a pagar: *VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$20.000.000)*

##### 6. Sanciones: "Relacionar si hubo imposición de multas u otros y el valor".

| Sanciones o multas | Valor |
|--------------------|-------|
| N/A                | \$0   |

##### 7. Número de Egresos Actas de Pago Parciales:

| No Acta de Pago Parcial | Fecha Acta de Pago Parcial | Valor Acta de Pago Parcial | No Egreso | Fecha Egreso | Valor del Egreso |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|--------------|------------------|
| N/A                     | N/A                        | \$0                        | N/A       | N/A          | \$0              |
|                         | <b>TOTAL</b>               | <b>\$0</b>                 |           | <b>TOTAL</b> | <b>\$0</b>       |

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

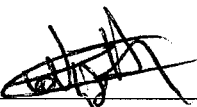
|                                                                                   |                                         |                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | <b>ACTA DE PAGO FINAL Y LIQUIDACION</b> |                    |                          |
|                                                                                   | <b>CÓDIGO:</b> F-GGJOAJ01-22            | <b>VERSIÓN:</b> 04 | <b>FECHA:</b> 22-04-2021 |

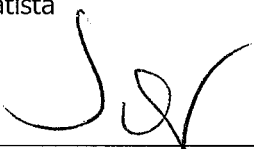
Página 4 de 4

**8. Calificación de cumplimiento y calidad del servicio:**

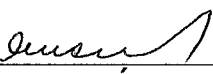
|           |   |
|-----------|---|
| EXCELENTE | X |
| BUENA     |   |
| REGULAR   |   |
| MALA      |   |

Conformes las partes con lo que se ha estipulado lo firman el día:

  
**LIA VIZZOTTI**  
 Representante Legal de Worldbiohaztec Colombia SAS  
 Contratista

  
**JORGE LUIS CERON PEREZ**  
 Supervisor-Líder del Laboratorio de Salud Pública

  
**OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA**  
 Subdirector Salud Pública IDSN 15 DIC 2025

  
**ANA BELÉN ARTEAGA TORRES**  
 Directora IDSN

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD