
	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	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ		NIT/ CC No.	80.311.827-1			
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:izamora@invima.gov.co">izamora@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3106259572			
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión						
No. CONTRATO	177 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	Once (11) meses y Doce (12) días			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, REALIZANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES DE FABRICANTES E IMPORTADORES DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO; ASÍ COMO, BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA POR PARTE DE LOS ESTABLECIMIENTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-19	FECHA DE INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-30		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 77.645.400	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 77.645.400	VALOR A PAGAR	\$ 6.811.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 70.834.400	VALOR PAGADO	6.811.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	1		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	19 de enero de 2026 al 18 de febrero del 2026		
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?	SI			
Registro Unico Tributario - Rut, Certificación Bancaria y Declaración Juramentada 2026.							
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>							
NÚMERO DE PLANILLA	51483222						
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	ene-26	2026-02-16	\$ 342.900,00	COMPENSAR			
PENSIÓN	ene-26	2026-02-16	\$ 438.800,00	COLFONDOS			
ARL	ene-26	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)							
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>							
<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"/> 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.							
Fecha de expedición de la presente certificación:			AAAA	MM	DD		
			2026	2	18		
			Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
			Nombre				
			Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
DIANA CAROLINA VERA RUBIO COORDINADORA GRUPO TECNICO DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS			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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80311827	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ		cra 96B # 16H-70	3106259572	jazo1010@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
NO						

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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51483222	\$781.700	

**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	340.700	0		0		0	10	2.200	0	342.900	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	436.000	0	0	0	0	10	2.800	0	438.800	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	10	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	10	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	340.700	342.900
Pensión	1	436.000	438.800
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>776.700</b>	<b>781.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80311827	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ		cra 96B # 16H-70	3106259572	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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51483222	\$781.700		

**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	TAP	VSP	VST	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	2.725.000	436.000	0	0	0	0	EPS008	2.725.000	340.700		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA





## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**16/02/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **80311827**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488403651281**  
Fecha de apertura **19/02/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**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: **JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ**

Identificación: **80.311.827 de Cachipay**

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 (  ) NO (  )

\* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 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:

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:

<sup>1</sup> 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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
CARLOS SANTIAGO ZAMORA VARGAS	18 AÑOS	HIJO	Tarjeta de Identidad	1.069.583.316
ZARETH VICTORIA ZAMORA VARGAS	5 AÑOS	HIJA	Tarjeta de Identidad	1.069.585.947

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 ( ) 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 Bogotá D.C., a los 18 días del mes de febrero de 2026.

Firma: 

Nombres y Apellidos: JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ

C.C. 80.311.827 De Cachipay

	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>	177 de 2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	JAIRO ALEXANDER ZAMORA ORTIZ	<b>NIT / C.C No. :</b>	80.311.827-1
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, REALIZANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES DE FABRICANTES E IMPORTADORES DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO; ASÍ COMO, BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA POR PARTE DE LOS ESTABLECIMIENTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 77.645.400		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	19 de enero de 2026	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS</b>	Once (11) meses y Doce (12) días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2026-01-19</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2026-12-30</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2026-01-19	<b>HASTA:</b>	<b>2026-02-18</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	1	<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 ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Hacer acompañamiento en las visitas de auditorías y certificaciones y elaborar las actas, que den cuenta del resultado de la visita.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de nueve (09) radicados de solicitud de visita: 20251133455 20251056589 20251277340 20251235660 20251211472 20251241752 20251180079 20251174826 20251134001</li> <li>• Ejecución de nueve (09) visitas, así: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dos (2) visitas de recertificación CCAA DM</li> <li>✓ Una (1) visita de certificación de CCAA DM</li> <li>✓ Tres (3) visitas de verificación de requerimientos de CCAA DM</li> <li>✓ Una (1) visita de certificación salud bucal sobre medida</li> <li>✓ Una (1) visita de verificación de requerimientos salud bucal sobre medida</li> <li>✓ Una (1) visita de certificación de condiciones sanitarias</li> </ul> </li> </ul>	<p>De las nueve (09) visitas realizadas, se generaron y/o se archivaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nueve (09) oficios comisorios</li> <li>• Nueve (09) actas de visita de certificación</li> </ul> <p>Expedientes asociados: B-0024-2 R-0109 AT-0314 DC-0434 DC-2775 DC-3670 AT-0352 V-0516 AN-0884</p>



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL


**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

<p>2</p>	<p>Proyectar el fundamento técnico de los actos administrativos que otorguen certificados de fabricantes e importadores y demás actos necesarios en las actuaciones administrativas que adelante la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, en el marco del cumplimiento del cronograma establecido con el supervisor del contrato.</p>	<p>Proyección de Siete (07) Certificados de visita, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro (4) certificados de Capacidad de Almacenamiento y acondicionamiento – CCAA de dispositivos médicos</li> <li>• Dos (2) certificados de apertura y funcionamiento de establecimientos de dispositivos médicos sobre medida bucal</li> <li>• Uno (1) certificado de Condiciones técnicas sanitarias de dispositivos medicos</li> </ul>	<p>Se almacenaron los certificados generados en los siguientes Expedientes asociados: B-0024-2 R-0109 DC-0434 DC-2775 DC-3670 V-0516 AN-0884</p>
<p>3</p>	<p>Realizar acompañamiento en el seguimiento técnico y vigilancia a los establecimientos que realicen actividades de fabricación e importación de dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro.</p>	<p>No se realizó esta actividad en este periodo</p>	<p>N.A.</p>
<p>4</p>	<p>Proyectar oportunamente las respuestas a peticiones en cuanto al componente técnico y que sean de competencia del Grupo Técnico, que estén relacionadas con el objeto contractual y le sean asignadas / por el supervisor del contrato.</p>	<p>Se elaboraron y proyectaron en los términos de ley, a los siguientes diez (10) radicados entrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20261012149</li> <li>• 20261012495</li> <li>• 20261013555</li> <li>• Resolución 2026005291</li> <li>• 20261016192</li> <li>• 20261013935</li> <li>• 20261026517</li> <li>• 20261015862</li> <li>• 20261012257</li> <li>• 20261030204</li> </ul>	<p>Envió de diez (10) 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>General/BASE DE DATOS/ BASE DE DATOS DE DIRECCIÓN DDMOT_21-abr-24.xlsx</u> BASE DE DATOS PQRSDC 2025</li> </ul>
<p>5</p>	<p>Atender conforme las instrucciones de la supervisión las consultas que se eleven al Grupo Técnico por los diferentes grupos de valor y a través de los canales de atención dispuestos por la entidad y diligenciar el acta a que haya lugar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizo de forma virtual una (1) atenciones al ciudadano</li> </ul>	<p>Actas de Atención diligenciadas por medio del forms <a href="https://app.invima.gov.co/formularios/view.php?id=472540">https://app.invima.gov.co/formularios/view.php?id=472540</a></p> <p>Generación de respuesta mediante el Link: <a href="https://app.invima.gov.co/formulario/view.php?id=472540">https://app.invima.gov.co/formulario/view.php?id=472540</a> y acta pública mediante el One Drive SharePoint</p>
<p>6</p>	<p>Alimentar continuamente y mantener actualizadas las diferentes bases de datos o demás Herramientas tecnológicas dispuestas por el Invima, para los establecimientos certificados competencia de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías.</p>	<p>Se programo dos (2) visita, de IVC, al siguiente establecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MACROLAB ASOCIADOS SAS</li> <li>• MACROLAB ZONA FRANCA S.A.S.</li> </ul>	<p>Actualización base de datos:</p> <p><u>General/BASE DE DATOS/BASE DE DATOS DE DIRECCION DDMOT_21 ABR 2024.xlsx</u></p> <p><u>General/BASE DE DATOS PROGRAMACION VISITAS DE IVC/BITACORAS.xlsx</u></p>

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

			General/ <u>NOTIFICACIONES</u> <u>NOVEDADES RS/2026</u>
7	Asistir a las reuniones, comités o mesas de trabajo que sean convocadas por el supervisor del contrato y que guarden relación con el objeto contractual. La supervisión informara si la asistencia es presencial o virtual.	<p>Asistencia a cuatro (4) reuniones citadas por la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del Invima de manera presencial y virtual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión borrador del Decreto reglas de autorización de comercialización, vigilancia y control sanitario de fecha 21-01-2026</li> <li>Socialización proyecto pasante del GT de fecha 23-01-2026</li> <li>Revisión borrador del Decreto reglas de autorización de comercialización, vigilancia y control sanitario de fecha 26-01-2026</li> <li>Revisión definiciones del Decreto reglas de autorización de comercialización, vigilancia y control sanitario</li> </ul>	De manera presencia y a través de la Plataforma Microsoft Teams

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
N/A	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	\$ 6.811.000	\$ 2.724.400	30	\$ 781.700	51483222	Miplanilla

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 77.645.400
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 6.811.000
Saldo del contrato	\$ 70.834.400

### 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
1	X	

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

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 177 de 2026.