



|  | 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 | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | |
| CONTRATISTA | NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO | | NIT/ CC No. | 1019148709 | |
| CORREO ELECTRÓNICO | nelson.lizarazop@outlook.es | | TELÉFONO | 3026111819 | |
| TIPO DE CONTRATO | Prestación de Servicios | | (En caso de Otro tipo de Cto indique cuál) | | |
| No. CONTRATO | 559 de 2025 | | TERMINO DE EJECUCIÓN | 98 días | |
| 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 el 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 INICIO | 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°. | 01 | PERIODO OBJETO DE PAGO | 24 de septiembre al 23 de octubre del 2025 |
| BANCO | Caja Social | TIPO DE CUENTA | Ahorros | No DE CUENTA | 24138397698 |
| 2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO | | | | | |
| (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) | | | | | |
| N.A | | | | | |
| 3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES | | | | | |
| 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 | |
| Indique las observaciones respectivas | | | | | |
| 4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | | | | | |
| NÚMERO DE PLANILLA | 35085389 / 35058730 | | | | |
| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD | |
| SALUD | SEPTIEMBRE | 17-10-2025 | 42000 | SANITAS EPS | |
| SALUD | OCTUBRE | 17-10-2025 | 178000 | SANITAS EPS | |
| PENSIÓN | SEPTIEMBRE | 17-10-2025 | 53700 | PORVENIR | |
| PENSIÓN | OCTUBRE | 17-10-2025 | 227800 | PORVENIR | |
| ARL | N.A | N.A | N.A | N.A | |
| <i>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.</i> | | | | | |
| 5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL | | | | | |
| (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 | |
|  NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR CARGO Y DEPENDENCIA | | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal | | | |
| | | Nombre | | | |
| | | Fecha de revisado: | | AAAA-MM-DD | |
| | | Consecutivo: | | | |
| NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. NOTA 2. 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. | | | | | |

**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: NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO

Identificación: 1019148709

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 TERMINACIÓN | 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 certificación¹.

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** dirijase 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

¹ 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

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 Bogotá D.C a los 20 días del mes de octubre del 2025

Firma:

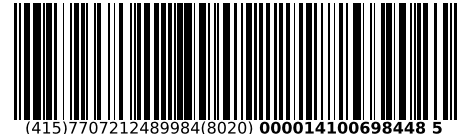


Nombres / Apellidos: NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO
C.C. 1019148709

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

141006984485



(415)7707212489984(8020) 000014100698448 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 9 1 4 8 7 0 9

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 1 9 1 4 8 7 0 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

LIZARAZO

32. Segundo apellido

PARAMO

33. Primer nombre

NELSON

34. Otros nombres

EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 169 B 75 73

42. Correo electrónico

nelizarazo@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 6 1 1 1 8 1 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 3 1 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

| | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACERO RIVEROS GILBERTO

985. Cargo Gestor II



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

NELSON EDUARDO LIZARAZO
PARAMO

Identificado con CC 1019148709

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTAFE, con las siguientes características:

Cuentamiga

| | |
|----------------------------|--|
| Número: | 24138397698 |
| Fecha de apertura: | 2 de Septiembre de 2024 |
| Condiciones de uso: | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| Estado: | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 17 de Octubre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1019148709 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-10-17 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-10-17 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-10-17 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-09 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-09 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35085389 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35085389 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------|------------------|------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | \$ 332.150 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 400 | \$ 41.600 | \$ 42.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | \$ 332.150 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 500 | \$ 53.200 | \$ 53.700 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 900 | \$ 94.800 | \$ 95.700 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/11/2025 |
|----------------------------------|------------|

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1019148709 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-10-17 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-11-06 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-10-17 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-10 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35058730 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35058730 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 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 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 405.800 | \$ 405.800 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/12/2025 |
|----------------------------------|------------|

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


| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--|
| No. CONTRATO | 559 de 2025 | | |
| CONTRATISTA: | NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO | NIT / C.C No. : | 1019148709 |
| OBJETO CONTRACTUAL: | Prestar servicios profesionales para apoyar al grupo técnico de medicamentos en el estudio, la proyección de respuestas a solicitudes y realización de visitas con el 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. | | |
| VALOR DEL CONTRATO | 10.855.133 | | |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | 2025-09-24 | PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS | 98 |
| FECHA DE INICIO: | 2025-09-24 | FECHA DE TERMINACIÓN: | 2025-09-24 |
| FECHA PERIODO DE PAGO. | DE: 2025-09-24 | HASTA: | 2025-10-23 |
| PAGO NÚMERO: | 01 | DEPENDENCIA: | Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO: | CLAUDIA LISANA ARÉVALO TORRADO | | |

| 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. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado BPM. Rad 20251270682 de 19/09/2025 2. Certificado BPM. Rad 20251275953 de 24/09/2025 3. Certificado BPL. Rad 20251287600 de 30/10/2025 4. Certificado BPM Rad 20251298200 de 14/10/2025 5. Certificado BPM Rad 20251299185 de 15/10/2025 | Base de datos de consecutivos de certificados y homologaciones |
| 2 | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Visita de renovación para BPM de gases medicinales. radicado 20251270682 de 19/09/2025 2. Visita de verificación de requerimientos radicado 20251271023 de 22/09/2025 | Evidencias en Sesuit; Bases de datos de visitas |



FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <p>establecidos en la normatividad vigente</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3. Visita de renovación para BPM de gases medicinales. Radicado 20251280659 de 29/09/2005 4. Visita renovación BPM de acondicionamiento secundario. Radicado 20251280767 de 29/09/2025 5. Visita de certificación de BPE. Radicado 20251283694 de 1/10/2025 6. Visita de verificación de requerimientos BPL. Radicado 20251284306 de 1/10/2025 7. Visita de renovación para BPL. Radicado 20251286090 de 2/10/2025 8. Visita BPE. Radicado 20251287036 de 3/10/2025 9. Visita verificación BPL. Radicado 20251287737 de 3/10/2025 10. Visita renovación BPL. Radicado 20251289101 de 6/10/2025 11. Visita ampliación BPM Radicado 20251291432 12. Visita de verificación BPE. Radicado 20251297768 de 14/10/2025 13. Certificado BPM. Rad 20251298200 de 14/10/2025 14. Visita de certificado BPE. Rad 20251297843 de 14/10/2025 <p>Visita de renovación BPL. Rad 20251298432 de 14/10/2025</p> | |
| <p>3</p> | <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 asignado hasta la fecha</p> | <p>No asignado hasta la fecha</p> |

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

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 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> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Notificación de cambio de DT. Rad 20251267187 de 17/09/2025 2. Notificación de cambio de DT. Rad 20251281715 de 29/09/2025 3. Notificación de cambio de DT. Rad 20251281578 de 29/09/2025 4. Notificación de cambio de DT. Rad 20251287147 de 3/10/2025 5. Notificación de cambio de DT. Rad 20251284169 de 1/10/2025 6. Notificación de cambio de DT. Rad 20251284568 de 1/10/2025 7. Notificación de cambio de DT. Rad 20251286153 de 2/10/2025 | <p>Base de establecimientos y Sesuit</p> |
|----------|---|--|--|

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 septiembre y octubre del año 2025

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN CONTRACTUAL |
| | FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA | |
| | Código: GAD-GCT-FM9 | Versión: 01 |

| 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 | 3.323.000 | 1.423.500 | 30 | 178.000 | 35058730 | ASOPAGOS |
| 1 | 3.323.000 | 1.423.500 | 30 | 227.800 | 35058730 | ASOPAGOS |
| 2 | 3.323.000 | 1.423.500 | 7 | 42.000 | 35085389 | ASOPAGOS |
| 2 | 3.323.000 | 1.423.500 | 7 | 53.700 | 35085389 | ASOPAGOS |

1. A partir del mes de febrero, los contratistas estamos cubiertos con riesgo 5 en la ARL, razón por la cual la entidad asume el pago de dicho monto.

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

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

Atentamente,



Firma

Nombres y apellidos del contratista: NELSON EDUARDO LIZARAZO PARAMO

Contratista

C.C. No: 1019148709

Recibí a satisfacción:



Firma

Nombres y Apellidos: CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO

Cargo: COORDINADORA GRUPO TÉCNICO DE MEDICAMENTOS

Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

Supervisor(a) Contrato 559 de 2025