

	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	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		NIT/ CC No.	1233497420	
CORREO ELECTRÓNICO	yardilar@invima.gov.co		TELÉFONO	3057700725	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión (En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)				
No. CONTRATO	011 del 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	30 de Diciembre 2024	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA, PARA REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS ETAPAS DE LA CONTRATACIÓN ESTATAL, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CONTRACTUAL Y BASES DE DATOS.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-01-05	FECHA DE INICIO	2024-01-05	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 39.432.933	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 2.873.933	VALOR A PAGAR	\$2.879.933
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 39.432.933	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 12)
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(05 de diciembre al 30 de diciembre del 2024)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	550488405602811
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)					
Al presente contrato se realizó adición/prórroga contractual: Siendo, así las cosas, se solicita PRORROGAR el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios (profesionales No 011 de 2024 por el termino de veinti seis (26) días, es decir, hasta el 30 del mes de diciembre de 2024 y ADICIONAR el valor del contrato en la suma de: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$2.879.933). Conforme a lo anterior, se solicita modificar el clausulado del contrato de la siguiente manera: "Plazo de Ejecución del Contrato": El objeto del presente contrato se ejecutará por el termino de ONCE (11) meses y (26) días, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución."Valor del Contrato y forma de pago": Para todos los efectos legales, el valor total del presente contrato asciende a la suma de TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 39.432.933). INCLUIDOS IMPUESTOS, TASAS Y DEMÁS CONTRIBUCIONES DE LEY A QUE HAYA LUGAR. NO APLICA IVA.					
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	SI		
Carné	SI	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	82600826				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	DICIEMBRE	2024-12-11	\$ 166.200	FAMISANAR	
PENSIÓN	DICIEMBRE	2024-12-11	\$ 212.700	PROTECCIÓN	
ARL	DICIEMBRE	2024-12-11	\$ 7.000	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.					
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)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:☐					
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 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. 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.☐					
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	
		2024	12	30	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
JOHNNY CORREDOR SARMIENTO DIRECTOR DE OPERACIONES SANITARIAS		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.					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@gmail.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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82600826	\$385.900
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	166.200	0		0		0	0	0	0	166.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	212.700	0	0	0	0	0	0		212.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.000				7.000	0	0	7.000			70	7.000	1

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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	166.200	166.200
Pensión	1	212.700	212.700
Riesgos Laborales	1	7.000	7.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	385.900	385.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82600826	\$385.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1233497420	ARDILA RIOS YESSICA KARINA	57	0		N																		230201	1.329.200	212.700	0	0	0	0	EPS017	1.329.200	166.200	14-23	1.329.200	1	7.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	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	011 DEL 2024		
CONTRATISTA:	YESSICA KARINA ARDILA RIOS	NIT / C.C No. :	1.233.497.420
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA, PARA REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS ETAPAS DE LA CONTRATACIÓN ESTATAL, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CONTRACTUAL Y BASES DE DATOS.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 39.432.933		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	05 DE ENERO DEL 2024	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	330
FECHA DE INICIO:	2024-01-05	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-12-30
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024-12-05	HASTA:	2024-12-30
PAGO NÚMERO:	12	DEPENDENCIA:	Dirección de Operaciones Sanitarias
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JOHNNY CORREDOR SARMIENTO		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Revisión y cargue de documentos en la respectiva plataforma contractual correspondiente a la contratación de prestación de servicios y de apoyo a la gestión, así como el seguimiento y subsanación de novedades que se presenten en los procesos de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realiza el cargue, de prórrogas contractuales y estudios previos para la vigencia 2025, así como seguimiento y subsanación, además de terminaciones anticipadas y cesiones contractuales.	Evidencia en la plataforma contractual de la Dirección de Operaciones.
2	Brindar Apoyo los grupos internos de trabajo y grupos de trabajo territorial de la dirección en el diligenciamiento y radicación de formatos para trámites de modificación, cesión, adición- prórrogas, terminación anticipada, suspensión temporal o reinicio de los contratos de prestación de servicio profesionales y de apoyo a la gestión.	Se realiza apoyo a los grupos de trabajo interno, en el cargue de cuentas de cobro en la plataforma contractual.	Plan de trabajo - Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.

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

3	Realizar la respectiva actualización de fuentes de información y bases de datos derivadas del proceso de contratación de prestación de servicios y de apoyo a la gestión de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realizan bases de datos requeridas por la coordinación GAO dirigidas hacia la oficina de contractual y planeación para la vigencia 2025, se mantienen actualizadas las bases de datos de la oficina de planeación.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
4	Elaboración de documentos propios de la dirección para la contratación de Prestación de Servicio profesionales y de apoyo a la gestión.	Se elaboran los respectivos documentos derivados de la contratación propios.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
5	Realizar la verificación de los trámites administrativos, y operativos derivados de los contratos de operación realizados por la Dirección de Operaciones Sanitarias según la necesidad y con base a las funciones asignadas al Grupo de Apoyo Operativo.	Se realiza apoyo en revisión de planillas de vehículos a demanda del contrato de transporte, se realiza apoyo en las programaciones semanales, seguimiento a presupuesto y novedades de los GTT CC2, CO1 Y OCC2. Así misma consolidación de información presupuestal solicitada semanalmente. Se realiza apoyo a la revisión de factura, liquidación del contrato de transporte.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
6	Elaboración y actualización semanalmente del Plan Anual de Adquisiciones de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realizan las respectivas actualizaciones y solicitudes del PAA según lineamientos e instrucciones, así mismo las actualizaciones requeridas por el área de Planeación.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
7	Realizar la Liquidación de honorarios conforme a la experiencia y la necesidad de cada perfil, de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realiza la liquidación de honorarios conforme a la experiencia y la necesidad de cada perfil, de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
8	Elaborar informes de seguimiento que se deban adelantar desde la Dirección de Operaciones Sanitarias de acuerdo con lo definido por el supervisor.	Se realizan los informes requeridos desde la Direcciones de Operaciones.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.

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

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

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 **DICIEMBRE** del año **2024**.

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)
12	\$ 3.323.000	\$1.329.200	30	\$ 385.900	82600826	MI PLANILLA

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique

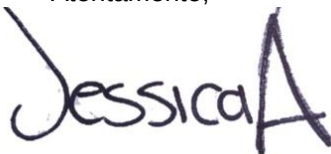
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 39.432.933
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 39.432.933
Saldo del contrato	\$ 0

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

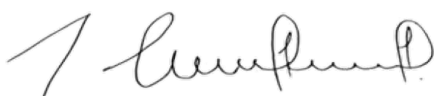
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
12	x	

Atentamente,



YESSICA KARINA ARDILA RIOS
Contratista
C.C. No. 1.233.497.420 de Bogotá

Recibí a satisfacción:



JOHNNY CORREDOR SARMIENTO
Director de Operaciones Sanitarias
Operaciones Sanitarias
Supervisor Contrato 11 de 2024