	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**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	**ASTRID BIBIANA ACERO RODRIGUEZ**	**NIT/ CC No.**	52260324
CORREO ELECTRÓNICO	aaceror@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3108039712
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	**087-2025**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**22/12/2025**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS DIFERENTES GRUPOS INTERNOS DE TRABAJO.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2025-01-22**	**FECHA DE INCIO**	**2025-01-23**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2025-12-22**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 26.400.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 16.800.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.400.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$14.400.000**	**VALOR PAGADO**	**$12.000.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 5)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de mayo al 22 dejunio del 2025)**
BANCO	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**24080039783**

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)

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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**86888460**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**may-25**	**18/06/2025**	**$ 179.100**	**nueva eps**
PENSIÓN	**may-25**	**18/06/2025**	**$ 229.200**	**colpensiones**
ARL	**may-25**	**18/06/2025**	**$ 7.600**	**positiva seguros**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación 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 aqui 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 Interventoria 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	6	24	



SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR

DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52260324	ASTRID BIBIANA ACERO RODRIGUEZ	Trv. 93 No. 22D-10, Int. 6, Apto. 601	6014729712	bibiana_acero@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	18/06/2025	86888460	$415.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	9	1.100	0	179.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	9	1.400	0	229.200	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	7.500				7.500	9	100	7.600			75	7.600	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	178.000	179.100
Pensión	1	227.800	229.200
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52260324	ASTRID BIBIANA ACERO RODRIGUEZ		Trv. 93 No. 22D-10, Int. 6, Apto. 601	6014729712	bibiana_acero@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-05	2025-05	I	18/06/2025	86888460	$415.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52260324	ACERO RODRIGUEZ ASTRID BIBIANA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*087-2025 del 22 de enero de 2025*			
CONTRATISTA:	ASTRID BIBIANA ACERO RODRIGUEZ		**NIT / C.C No. :**	*52260324*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS DIFERENTES GRUPOS INTERNOS DE TRABAJO.			
VALOR DEL CONTRATO	$26.400.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	22-01-2025		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	22-12-2024
FECHA DE INICIO:	23-01-2025		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	22-12-2025
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	23-05-2025	**HASTA:**	22-06-2025
PAGO NÚMERO:	5		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Recopilar y organizar los documentos necesarios en las etapas contractuales, verificando que cumplan con los requisitos establecidos en el Manual de Contratación del Invima y utilizando el formato GAD-CGT-FM21 .	1.1. Revisar y enviar cuentas de cobro de contratistas al área financiera: validación de radicados cuenta No.3 Ariadna Camila Caballero Neira (revisada) Alexandra González Álvaro Gómez Angela Bermúdez Blanca Lucia Gabaldón Carlos Mican Cristian Diaz Daniel Beira Diana Concha German Cañizales Geraldine Rojas Gina Gómez Katherine García Lina Guadrón Maria Paula Gómez Rafael Meza Stephanie Ropero William Valero Yeni Molina Yenni Mancipe Andrea Madera Rosa Mery Niño Nasly Endo	1.1. USUARIO CORREO AACEROR Telefono whatsapp Link: CUENTAS DE COBRO CONTRATISTAS 2025

		1.2.Retroalimentar, acompañar, informar y alimentar las carpetas de los contratistas que se encuentran en proceso de contratación, Amelia Duque Didier Santos Erika Herrera Einer Cardenas Lisset Saavedra Laidy Martinez Viviana Castro 1.3. Enviar por correo para efectos de legalización acta de e inicio y notificación de supervisión al correo cflechasb@invima.gov.co	1.2 CORREO USUARIO Teléfono whatsapp (adjunto evidencia) 1.3 AACEROR (adjunto evidencia archivo)
2	Apoyar en la Dirección de Medicamentos en la recepción, radicación, reparto y asignación de la correspondencia entrante y saliente de los grupos internos de trabajo, utilizando los aplicativos o medios tecnológicos dispuestos por el Instituto.	2.1. Asignación de correspondencia desde el usuario de la Dra Sandra y Dra Dana, actualización datos base control de correspondencia 2025 2.3. alimentar base de datos (número de radicado, fecha, tema correspondencia y titular control correspondencia GRSSQN 2025. 2.4. alimentar base de datos internas comisión 2025 (Evaluación bioequivalencia, información Farmacologica)	Link: 2.1/ soporte cuenta cobro bibiana.xlsx 2.3/ Control Correspondencia GRSSQN 2025.xlsx 2.4/ Control Correspondencia GRSSQN 2025.xlsx
3	Brindar apoyo en las actividades relacionadas con gestión documental de archivo, asegurando la preservación, integridad, y confidencialidad de la información tratada, de los documentos a cargo de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, incluyendo la clasificación, ubicación, agrupación y foliación de documentos, de acuerdo con las normas y procedimientos del Invima	PARA ESTE PERIODO ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO	N/A
4	Apoyar a los grupos internos de la Dirección de Medicamentos y	4.1. Actualizar base de contratos cuentas de cobro contratistas 2025	

	Productos Biológicos en la asignación de radicados en los aplicativos empleados en el instituto, así como la actualización de información en las bases de datos empleadas.	4.2. Alimentar base de datos cuentas de cobro No. 3 Alexandra González Álvaro Gómez Angela Bermúdez Blanca Lucia Gabaldón Carlos Mican Cristian Diaz Daniel Beira Diana Concha German Canizales Geraldine Rojas Gina Gomez Katherine Garcia Lina Gualdron Maria Paula Gomez Rafael Meza Stephanie Ropero William Valero Yeni Molina Yenni Mancipe 4.3. Soporte revisión de registros de cada contratista	4.2.contratos 2025.xlsx 4.2. CUENTAS DE COBRO 2025.xlsx Usuario Aaceror 4.3.CUENTAS DE COBRO 2025.xlsx
5	Brindar apoyo en la preparación y entrega de informes detallados sobre los procesos asignados, las actividades administrativas y los resultados obtenidos a cargo de la dirección, según los requerimientos del supervisor del contrato.	5.1. trámite de pago de los contratistas herramienta contractual mediante el ticket asignado al proceso. Alexandra Gonzalez Alvaro Gomez Angela Bermudez Blanca Lucia Gabaldon Cristian Diaz Daniel Beira German Canizales Geraldine Rojas Gina Gomez Katherine Garcia Maria Paula Gomez Rafael Meza Stephanie Ropero Yeni Molina Yenni Mancipe	5.1 SINTESIS QUIMICA Usuario aaceror
6	Realizar las demás actividades administrativas que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre y cuando estén relacionadas con el objeto contractual y las funciones de la	6.1. Diligenciamiento de formato de ARL Yuri Paola Arevalo Vanegas	ARL YURI PAOLA AREVALO VANEGAS.xlsx

	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	6.2. Diligenciamiento formato asistencia integración	Asistencia Integración.xlsx
		6.3. Diligenciamiento formato conflicto de intereses	CONFLICTO DE INTERESES CONTRATISTAS.xlsx
		6.4. Diligenciamiento formato Obligaciones especificas contratistas .	CONFLICTO DE INTERESES CONTRATISTAS.xlsx
		6.5. Diligenciamiento formato programación turnos mes de junio	PROGRAMACION TURNOS 2025.xlsx
		6.6. Diligenciamiento formato Vacaciones	vacaciones.xlsx
		6.7. Diligenciamiento formato VPN	VPN.xlsx

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
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 MARZO 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	$2.400.000	$1.423.500	30	$415.900	86888460	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$26.400.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 12.000.000
Saldo del contrato	$14.400.000

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
PAGO 5	X	

Atentamente,

Firma
ASTRID BIBIANA ACERO RODRIGUEZ
Contratista
C.C. No. 52.260.324 BOGOTA

Recibí a satisfacción:

Firma

SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR
DIRECTORA
DIRECCION DE MEDICAMENTOS DE PRODUCTOS BIOLOGICOS
Supervisor(a) Contrato 087 de 2025