	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	**Diana Jazmin Londoño Marin**	**NIT/ CC No.**	1016012246
CORREO ELECTRÓNICO	dlondonom@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3028581135
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**N/A**	
No. CONTRATO	**328 de 2025**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**317 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LAS ACTIVIDADES DE ACTUALIZACION,ORGANIZACIÓN,CONTROL Y MANEJO DEL ARCHIVO Y DEMAS TRAMITES, ADMINISTRATIVOS A CARGO DEL GRUPO DE SECRETARIA TECNICA DE LA DIRECCION DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILACIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2025-02-13**	**FECHA DE INCIO**	**2025-02-14**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2025-12-01**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 21.120.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 12.320.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.200.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 10.120.000**	**VALOR PAGADO**	**11.000.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 5**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**14 de Junio de 2025 al 13 de Julio del 2025**
BANCO	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**693000436**

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO	**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**87704302**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**JUNIO 2025**	**2025-07-17**	**$ 178.800**	**EPS SURA**
PENSIÓN	**JUNIO 2025**	**2025-07-17**	**$ 228.800**	**PORVENIR**
ARL	**JUNIO 2025**	**2025-07-17**	**$ 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	7	15

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado: AAAA-MM-DD
ELIANA KATHERINE GÓMEZ MEJÍA **Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria**	**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.

	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	**328 DE 2025**			
CONTRATISTA:	**DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN**		**NIT / C.C No.:**	*1016012246*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LAS ACTIVIDADES DE ACTUALIZACION, ORGANIZACIÓN, CONTROL Y MANEJO DEL ARCHIVO Y DEMAS TRAMITES, ADMINISTRATIVOS A CARGO DEL GRUPO DE SECRETARIA TECNICA DE LA DIRECCION DE RESPONSABILIDAD SANITARIADEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILACIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOSINVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	VEINTIUN MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE ($21.120.000).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2025-02-13**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**288 días**
FECHA DE INICIO:	**2025-02-14**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2025-12-01**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2025-06-14**	**HASTA:**	**2025-07-13**
PAGO NÚMERO:	**(5)**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Responsabilidad Sanitaria**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ELIANA KATHERINE GÓMEZ MEJÍA** Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Elaborar el Inventario en estado natural de la documentación de procesos sancionatorios para su respectivo traslado en el Formato Único de Inventario documental.	Para el presente periodo se recibe procesos con destino al archivo, de esta manera se intervienen verificando que cumplan con la clasificación, descripción, ordenación, foliación y el buen estado del expediente para garantizar el acceso a la información. Se procede a realizar inventario en su estado natural. Se realiza a la fecha inventario de 44 expedientes con actas de entrega No 25-084/25-086/25-087/25-089.	Procesos que se encuentran en archivo de gestión Actas de Entrega que se encuentran cargadas en la carpeta **ACTAS DE ENTREGA DE PS**
2	Se realiza la identificación y marcación de cada unidad documental con códigos de barra los cuales permiten identificar su contenido y ubicación en el archivo.	Para el presente período no se realizó esta actividad.	N/A
3	Desarrollar las actividades archivísticas de conformidad con los procesos relacionados al sistema de gestión integrado, documental del Invima, de acuerdo con las metas estipuladas	Para el presente período no se realizó esta actividad.	N/A

4	Construir el rotulo de cajas de la dependencia de responsabilidad sanitaria con el fin de Consolidar el sistema de gestión documental de la entidad.	Para el presente periodo se trabajó en la elaboración de los rótulos de 09 cajas iniciando con numero de rótulo 90 al 93 Total= 04.	Cajas que se encuentran en archivo de gestión
5	Brindar apoyo a las demás actividades que sean requeridas por el supervisor para el cumplimiento de las metas y del objeto contractual.	Se procede a verificar actos administrativos los cuales deben ser remitidos por competencia a cada secretaría de salud correspondiente: Total, carpetas revisadas 816 encontrando 08 procesos con esta condición. Se realiza revisión y cargue de respuestas a PQR en la carpeta correspondiente PQRDS. Revisión de 122 carpetas.	Documentos que se encuentran en carpeta **PQRDS**.

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 junio de 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)
5	2.200.000	$ 1.423.500	30	$415.200	87704302	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 21.120.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11.000.000
Saldo del contrato	$ 10.120.000

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
5	X	

Atentamente,

Diana Jazmin Londoño M.

DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN
Contratista
C.C. No. 1.016784.544

Vo.bo.

FRANCY KATHERINE TORRADO SEPULVEDA
Coordinadora
Grupo de Secretaría Técnica

Recibí a satisfacción:

Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria
Supervisor CPSP 328 de 2025

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	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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	
2025-06	2025-06	I	17/07/2025	87704302	$415.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	7	800	0	178.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	7	1.000	0	228.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	7	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	178.800
Pensión	1	227.800	228.800
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	415.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN		CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	17/07/2025	87704302	$415.200	

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	1016012246	LONDOÑO MARIN DIANA JAZMIN	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	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