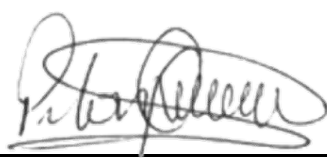



inVimó		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	LEIDY JOHANNA BERMÚDEZ SANTANA		NIT/ CC No.	1.030.525.488	
CORREO ELECTRÓNICO	lelysan86@gmail.com		TELÉFONO	3185574503	
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	542 DE 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	31/12/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL GRUPO DE COMUNICACIONES, EN LA GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS PARA LOGRAR MAYOR EFECTIVIDAD EN LA DIVULGACIÓN DE LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES EN CONSONANCIA CON SU MISIÓN, FUNCIONES, OBJETIVOS Y PROYECTOS ESTO FRENTE AL REDISEÑO INSTITUCIONAL Y LA DIVULGACIÓN DE LA PLATAFORMA INVIMÁGIL, ASI COMO GBT Y WLA DEL INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-09-12	FECHA DE INICIO	2025-09-15	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 21.805.667	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 15.858.667	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 9.911.667	VALOR PAGADO	\$ 11.894.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(15 de octubre al 14 de noviembre de 2025)
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	10130508974
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	NO		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	91376495				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2025-10	2025-11-18	\$ 297.400,00	Sanitas	
PENSIÓN	2025-10	2025-11-18	\$ 380.700,00	Protección	
ARL	2025-10	2025-11-18	\$ 12.500,00	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: <input type="checkbox"/>					
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. <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	11	18	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA ASESOR DE LA DIRECCIÓN GENERAL CON ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE COORDINACIÓN DEL GRUPO DE COMUNICACIONES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 2024045070 DEL 30 SEPTIEMBRE DE 2024. Supervisor contrato 329 de 2025		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	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	542 del 12 de septiembre del 2025		
CONTRATISTA:	LEIDY JOHANNA BERMÚDEZ SANTANA	NIT / C.C No. :	1.030.525.488
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR AL GRUPO DE COMUNICACIONES, EN LA GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS PARA LOGRAR MAYOR EFECTIVIDAD EN LA DIVULGACIÓN DE LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES EN CONSONANCIA CON SU MISIÓN, FUNCIONES, OBJETIVOS Y PROYECTOS ESTO FRENTE AL REDISEÑO INSTITUCIONAL Y LA DIVULGACIÓN DE LA PLATAFORMA INVIMÁGIL, ASI COMO GBT Y WLA DEL INVIMA		
VALOR DEL CONTRATO	Veintiún millones ochocientos cinco mil seiscientos sesenta y siete pesos M/CTE (\$21.805.667).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025/09/12	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	107 días
FECHA DE INICIO:	2025/09/15	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025/12/31
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025/10/15	HASTA:	2025/11/14
PAGO NÚMERO:	2	DEPENDENCIA:	Grupo de Comunicaciones - Dirección General.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar al Grupo de Comunicaciones en la elaboración de videos animados para informar a los usuarios internos y externos sobre temas relacionados con las actividades de inspección, vigilancia y control propios de la entidad.	Brindé el apoyo en la realización de una ecard animada para redes sociales para conmemorar el día del Químico 1. Dia_Quimico1	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 1 Obligación No. 1
2	Impulsar el uso de la imagen corporativa en todas las comunicaciones del Instituto.	En todas las actividades realizadas se hace uso correcto de la imagen corporativa y la creación de piezas gráficas estáticas y animadas de acuerdo al manual de marca del Invima.	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 2 Obligación No. 2


**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

3	Desarrollar productos de animación digital informativos, educativos e ilustrativos relacionados con los desarrollos tecnológicos del INVIMA enfocados a los diferentes canales y públicos de la entidad.	<p>1 Se desarrollo el producto de animación para conmemorar el día del cambio climático para comunicaciones internas.</p> <p>2 Se ajusta la animación de denuncias sanitarias ante el Invima con el código QR para publicación vinculando al instructivo paso a paso que se encuentra en la página web.</p>	<p>Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 3</p> <p>Obligación No. 3</p>
4	Apoyar el diseño de elementos gráficos para los portales web y corporativo interno, así como para las redes sociales del INVIMA en Facebook, Instagram, TikTok, X, Threads y, YouTube	<p>Se apoya el diseño de diferentes piezas para las redes sociales del Invima:</p> <p>1.Congreso Nacional de Derecho Sanitario, creación de perfiles ponentes y pieza de la finalización de inscripciones.</p> <p>2.Congreso Farmacovigilancia.</p> <p>3.Piezas campaña del 18 al 24 de noviembre semana del buen uso de los antimicrobianos.</p> <p>5.Pieza curso auditoria interna para comunicaciones internas.</p>	<p>Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 4</p> <p>Obligación No. 4</p>
5	Participar activamente en coordinación de el Grupo de Comunicaciones en el desarrollo de las etapas de preproducción, producción y posproducción de diseño de las publicaciones del Invima.	Se asiste a las diferentes reuniones y comités del grupo de comunicaciones para definir la producción de los diferentes diseños solicitados por las áreas de la Entidad.	<p>Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 5</p> <p>Obligación No. 5</p>
6	Apoyar el diseño de piezas gráficas, infografías, cortinillas o ilustraciones para la entidad.	<p>Se realizan diferentes infografías y contenidos:</p> <p>1.Carrusel explicativo conmemoración Día del Cáncer de seno.</p> <p>2. Diseño, diagramación de las 10 presentaciones e infografías de las PPT para el evento de rendición de cuentas de las diferentes direcciones y áreas misionales.</p> <p>3. Diagramación y diseño agenda Congreso Farmacovigilancia.</p>	<p>Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 6</p> <p>Obligación No. 6</p>
7	Apoyar las propuestas de guion y arte de los boletines de carácter interno y externo.	Apoye la creación del arte y diseño del Boletín de el XII Congreso de Farmacovigilancia del 15 de octubre	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 7

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

			Obligación No. 7
8	Realizar Motion Graphics y animación 2D de las diferentes piezas del Grupo de Comunicaciones.	Se realizaron 3 piezas animadas motion graphics para la campaña del buen uso de Antimicrobianos.	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 8 Obligación No. 8
9	Elaborar junto al Grupo de Comunicaciones las etapas de preproducción, producción y posproducción de diseño de las publicaciones del Invima.	Se asistí a la reunión con el área de jurídica apoyando en la parte visual y gráfica toda la preparación y requerimientos necesarios en la organización del Congreso Nacional de Derecho Sanitario.	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 9 Obligación No. 9
10	Archivar de manera organizada en Drive institucional los archivos en bruto y finalizados de los diseños, videos y fotografías realizados.	En el drive se encuentran todos los archivos organizados de acuerdo a la obligación, en la carpeta de la obligación 10 se encuentran los archivos editables.	Comparto el enlace donde podrán acceder a la carpeta Obligación 10 Obligación No. 10

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.				
.....				

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 2024.

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

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)
2	\$5.947.000	\$2.378.800	30	\$690,600	91376495	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$21.805.667
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$11.894.000
Saldo del contrato	\$9.911.667

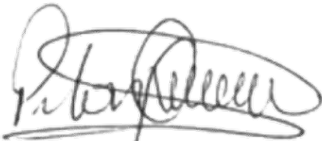
6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Acta inicio	X	
Pago 2	X	

Atentamente,



Leidy Johanna Bermúdez Santana
 Contratista
 C.C. No. 1.060.525.488 de Bogotá

Recibí a satisfacción: 

ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA
 Asesor de la Dirección General con asignación de funciones de coordinación del Grupo de Comunicaciones conforme a la Resolución 2024045070 del 30 de septiembre de 2024. Supervisor Contrato 736 de 2024

Información básica de la planilla

Empresa:	LEIDY JOHANNA BERMUDEZ SANTANA	NIT:	1030525488
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	octubre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	octubre 2025
Número de Radicación:	91376495	Total a pagar:	\$690,600
Fecha de vencimiento:	25/11/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	18/11/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	1935395172
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$12,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$380,700
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$297,400
						\$690,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030525488	LEIDY JOHANNA BERMUDEZ SANTANA		Calle 160 # 72 34 casa77	3185574503	lelysan86@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91376495	\$690.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	297.400	0		0		0	0	0	0	297.400	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	380.700	0	0	0	0	0	0	0	380.700	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	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	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	297.400	297.400
Pensión	1	380.700	380.700
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.600	690.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030525488	LEIDY JOHANNA BERMUDEZ SANTANA		Calle 160 # 72 34 casa77	3185574503	lelysan86@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	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91376495	\$690.600		

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	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	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	1030525488	BERMUDEZ SANTANA LEIDY JOHANNA	59	0			N																	230201	2.378.800	380.700	0	0	0	0	EPS005	2.378.800	297.400	14-23	2.378.800	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA