


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	MARIE ANDREA RAMÍREZ GONZÁLEZ		NIT/ CC No.	52,797,965			
CORREO ELECTRÓNICO	andreamirezgonzalez@hotmail.com		TELÉFONO	3178784263			
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión						
No. CONTRATO	256-2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	Diez (10) meses y 24 días			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS EN LA REALIZACIÓN DE VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, ASÍ COMO LA VERIFICACIÓN DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-06	FECHA DE INICIO	2025-02-07	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-30		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59,637,600	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 4,417,600	VALOR A PAGAR	\$ 4,417,600		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	59,637,600	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	11		
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(07 de diciembre al 30 de diciembre del 2025)		
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	16712962597		
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	NO				
Pago Parafiscales	NO	Ingreso a Almacén	NO				
SGSSI	SI	Documentos a cargo	NO				
Carné	SI	Otros. Cuales?	SI				
Tarjeta de acceso							
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL							
NÚMERO DE PLANILLA	92071939						
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	Diciembre de 2025	2025-12-04	276,100	FAMISANAR			
PENSIÓN	Diciembre de 2025	2025-12-04	353,500	PORVENIR			
ARL		A CARGO DEL INVIMA	N/A				
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)							
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 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	12	30		
			Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
			Nombre				
			Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
DIANA CAROLINA VERA RUBIO COORDINADORA GRUPO TECNICO DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS			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	52797965	MARIE ANDREA RAMIREZ GONZALEZ		carrera 8 d 191-15 torre 6 apto 205	7685300	andream Ramirezgonzalez@hotmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	1	04/12/2025	92071939	\$629.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	353.500	0	0	0	0	0	0	0	353.500	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										

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	276.100	276.100
Pensión	1	353.500	353.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	629.600	629.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52797965	MARIE ANDREA RAMIREZ GONZALEZ		carrera 8 d 191-15 torre 6 apto 205	7685300	andreamirezgonzalez@hotmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$629.600				

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	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52797965	RAMIREZ GONZALEZ MARIE ANDREA	3	0			N																	230301	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS017	2.208.800	276.100		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	256 DE 2025		
CONTRATISTA:	MARIE ANDREA RAMÍREZ GONZÁLEZ	NIT / C.C No. :	52.797.965
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS EN LA REALIZACIÓN DE VISITAS DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, ASÍ COMO LA VERIFICACIÓN DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 55.220.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025-02-06	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	Diez (10) meses
FECHA DE INICIO:	2025-02-07	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-12-06
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025-12-07	HASTA:	2025-12-30
PAGO NÚMERO:	11° UNDECIMO	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	DIANA CAROLINA VERA RUBIO Coordinadora Grupo Técnico		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	Apoyar en la revisión de solicitudes de visitas de certificación a los establecimientos fabricantes e importadores de dispositivos médicos y de reactivos de diagnóstico in vitro, emitiendo los respectivos requerimientos de conformidad con la normatividad sanitaria vigente; así como apoyar en la realización de visitas con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad	Realización de cinco (05) Auditorias, bajo los siguientes radicados: <ul style="list-style-type: none"> 20251131888 20251151240 20251159640 20251148658 20251235513 De las cuales fueron 1 visita de condiciones sanitarias, 4 de CCAA de DM	De las 05 auditorías realizadas corresponden a los siguientes establecimientos y expediente y oficios comisorios <ul style="list-style-type: none"> 5000-735-25 5000-757-25 5000-736-25 5000-734-25 5000-637-25 5000-752-25 AN-0882 AN-0914 AN-0943 AN-0949 V-0388
2.	Apoyar al Grupo Técnico de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras en las respuestas a las diferentes	Proyección de Respuesta a comunicaciones, denuncias, derechos de	Se actualizo las siguientes Bases de Datos mediante el One Drive SharePoint: Actualización base de datos:

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

	<p>peticiones allegadas por los interesados, que estén relacionadas con el objeto contractual y le sean asignadas por el supervisor del contrato</p>	<p>petición, en los términos de ley asignadas a través del sistema de correspondencia radicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20251340046 • 20251368448 • 20251355046 • 20251347858 • 20251347422 • 20251359567 • 20251355046 • 20251359567 • 20251364827 • 20251368506 • 20251370798 • 20252058672 • 20252058648 • 20251369610 • 20253020088 	<p>General/BASE DE DATOS/ BASE DE DATOS DE DIRECCION DDMOT, 21 ABR 2024.xlsx</p> <p>BASE DE DATOS PQRS</p>
3.	<p>Brindar apoyo a la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnología con la asistencia técnica en atención de usuarios, reuniones y comités que se deriven del objeto contractual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se realizo esta actividad en este periodo. 	N/A
4.	<p>Apoyo técnico y/o asistir al Grupo Técnico de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, en las reuniones, comités técnicos, reuniones de análisis de la normatividad relacionados con productos con productos competencia de la dependencia y que guarden relación con el objeto contractual.</p>	<p>Reunión de grupo técnico 17 de diciembre</p>	<p>Actas de asistencia</p>
5.	<p>Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos de certificaciones, visitas de Inspección, vigilancia y control, así como las correspondientes a tramites asociados del Grupo Técnico de Dispositivos Médicos, de acuerdo con el plan de trabajo asignado</p>	<p>Envío a responsabilidad sanitaria del levantamiento de MSS VICTOR STIVENS DE LOS RIOS RAMÍREZ propietario del LABORATORIO DENTAL STIVENS DE LOS RÍOS.</p> <p>Envío de Resolución No. 2025067386 de fecha 19-12-2025 por perdida de fuerza ejecutoria de la empresa ACROBAT ORTHOPEDIC ACCESSORIES S.A.S.</p>	<p>Actualización base de datos:</p> <p>General/BASE DE DATOS/BASE DE DATOS DE DIRECCION DDMOT, 21 ABR 2024.xlsx</p>

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

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

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 diciembre 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)
11	\$ 5.522.000	\$2.208.800	30	\$629.600	92071939	MI PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

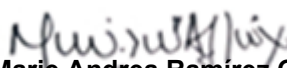
Valor total del contrato	\$ 59.637.600
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 59.637.600
Saldo del contrato	\$ 0

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
11° UNDECIMO	X	

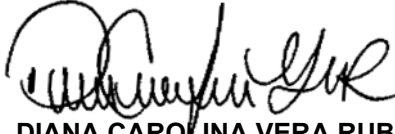
Nota: Mediante "ACTA DE MODIFICACIÓN OTRO SI No. 01 - ADICIÓN, MODIFICACIÓN Y PRORROGA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 256 DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA Y MARIE ANDREA RAMÍREZ GONZALEZ", se prorrogó el contrato de prestación de servicios profesionales No. 256, por un término de veinticuatro (24) días, es decir hasta el día 30 de diciembre de 2025, por lo cual se modifica el valor del contrato de \$55.220.000 a \$59.637.600.

Atentamente,


Marie Andrea Ramirez González
 Contratista
 C.C. No. 52.797.965 de Bogotá D.C.

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

Recibí a satisfacción:



DIANA CAROLINA VERA RUBIO
Coordinadora del Grupo Técnico
Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías
Supervisora Contrato 256 de 2025