


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	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	AIDEE PINZON PERALTA		NIT/ CC No.	51685005	
CORREO ELECTRÓNICO	apinzonp@invima.gov.co		TELÉFONO	300 2196514	
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	270 DE 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	Once (11) meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS, PARA APOYAR A LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJO EN LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS BAJO VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-05	FECHA DE INCIO	2025-02-06	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 41.107.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 3.986.134	VALOR A PAGAR	\$ 3.737.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 613.134	VALOR PAGADO	40.599.033	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 11
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	30 DE NOVIEMBRE AL 29 DE DICIEMBRE DE 2025
BANCO	POPULAR	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	210 141052787
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>					
(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)					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
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					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	92199116				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	DICIEMBRE	9/12/2025	\$186.900	COMPENSAR	
PENSIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
ARL	////////////////////	////////////////////	////////////////////	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.					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(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: <input type="checkbox"/>					
<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. <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>					
<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	29	
 CLARIBEL ACOSTA VESGA COORDINADORA GRUPO DE TRABAJO CENTRO ORIENTE 2		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		Consecutivo:			
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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	51685005	AIDEE PINZON PERALTA		CRA 81B # 17 - 90 TC APTO 702	3002190014	aidee.pinzon@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92199116	\$186.900	

### 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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	

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	186.900	186.900
Pensión	0	0	0
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
<b>TOTALES</b>	<b>1</b>	<b>186.900</b>	<b>186.900</b>


DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51685005	AIDEE PINZON PERALTA		CRA 81B # 17 - 90 TC APTO 702	3002190014	aidee.pinzon@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92199116	\$186.900	

**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	ASAP	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	51685005	PINZON PERALTA AIDEE		3	4			N																	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.495.000	186.900		0		0	0	0	0	0	0	0	0	

# PAGADA

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	(No. de contrato y año) 270 DE 2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	<b>Aidee Pinzon Peralta</b>	<b>NIT / C.C No. :</b>	51.685.005
<b>SOBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS, PARA APOYAR A LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJO EN LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS BAJO VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 40.484.167		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2025-02-05	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	330 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2025-02-06	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2025-12-30
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 30 DE NOVIEMBRE DE 2025	<b>HASTA:</b>	29 DE DICIEMBRE DE 2025
<b>PAGO NÚMERO:</b>	11	<b>DEPENDENCIA:</b>	DIROS
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	CLARIBEL ACOSTA VESGA		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la realización de actividades de inspección, Vigilancia, y control acorde con los planes, programas, proyectos, estrategias de instrumentos del enfoque de vigilancia por gestión de riesgo presentados por las direcciones misionales para los productos de Cosméticos, aseo y limpieza, medicamentos, productos biológicos, Dispositivos médicos, reactivos de diagnostico y alimentos.	<p><b>Nov 30:</b> DÍA NO LABORAL</p> <p><b>DIC 2 A 5:</b>            DIC 2: Administrativo: entrega de actas y preparación de visitas            DIC 3: 2959 – B BRAUN MEDICAL S.A.            DIC 4: 2915 KIDIA INTERNACIONAL SAS.            DIC 5: 2944 BAYER S.A.</p> <p><b>DIC 8 A 13</b>            DIC 8: Desplazamiento a Neiva            DIC 9-10: 2504188 UNIDADES DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS SAS (Neiva)            DIC 10: Desplazamiento Neiva-Ibagué            DIC 11-12 2504165 CLÍNICA INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGÍA CLINALTEC            DIC 13: Desplazamiento Ibagué-Bogotá.</p> <p><b>DIC 15 A19</b>            DIC 15: 202501017 SOLUCIONES INTEGRADAS Y CONSTRUCCIONES BN SAS (repetición)            DIC 16: Administrativo            DIC 17-18 Cierre de mes</p>	Diligenciamiento de actas de IVC en el formato IVC-INS-FM054, IVC-INS-FM101; archivo de actas en SHARE POINT.



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

		<p>DIC 19: Fortalecimiento cosméticos.</p> <p><b>DIC 22 A 26</b>            DIC 22: Revisión actas medicamentos del año.            DIC 23: Novene GTT. Revisión actas medicamentos del año            DIC 24 Preparación fortalecimiento lineamientos            DIC 26: revisión lineamientos medicamentos teams</p> <p><b>DIC 29 :</b>            Dic 29 Actividades cierra contrato.</p>	
2	Brindar acompañamiento en las actividades de toma de muestras y envío de la misma área correspondiente, para llevar a cabo el control de calidad de los productos sujetos a la inspección, vigilancia y control del Invima.	Durante este periodo no me fueron asignadas este tipo de actividades	No aplica
3	Apoyar en la realización de visitas de control posterior a las autorizaciones de comercialización otorgadas por la disciplina de alimentos y bebidas	Durante este periodo no me fueron asignadas este tipo de actividades	No aplica
4	Brindar apoyo en la ejecución de las actividades de inspección, Vigilancia y control, tales como visitas, aplicaciones de Medidas sanitarias de Seguridad, proyección de Informes acordes a los productos competencia de la entidad, entre otras, que le sean indicados por el supervisor del contrato.	Durante este periodo no me fueron asignadas este tipo de actividades	No aplica
5	Proyectar, revisar y apoyar la Dirección de Operaciones Sanitarias en la elaboración de los informes sobre las diferentes actividades relacionadas con el proceso de Inspección, vigilancia y control en los plazos establecidos según la Normatividad y procedimientos.	Durante este periodo no me fueron asignadas este tipo de actividades	No aplica
6	Apoyar la elaboración de respuestas a las consultas, requerimientos, peticiones, quejas y demás que sean requeridas en el marco del desarrollo del objeto contractual, haciendo uso adecuado del sistema de correspondencia Se suite de la entidad, dentro de los términos y plazos establecidos en la Normatividad y procedimientos vigentes.	Durante este periodo no me fueron asignadas este tipo de actividades	No aplica
7	Participar en las diferentes reuniones, comités técnicos internos, reuniones, análisis de la Normatividad y/o propuestas de proyectos normativos relacionados con la inspección, vigilancia y control a cargo de la Dirección de Operaciones Sanitarias que sean	Comité primario	Reunión presencial en la Sala de Juntas del GT T CO2 del Invima.

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

necesarios para la adecuada ejecución del Contrato.		
---	--	--

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.	7303'3192-25	Neiva (Huila)-Ibague (Tolima)	2025-12-08	2025-12-13
2.	=====	=====	=====	=====
3.	=====	=====	=====	=====

### 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 xxxxx año 2025.

*(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)*

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondient e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	3.737.000	1.494.800	30	\$186.900	92199116	MIPLA NILLA

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$40.848.167
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$40.235.033
Saldo del contrato	\$ 613.134

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

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

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
10	X	

Atentamente,

Nombres del Contratista  
**AIDEÉ PINZÓN PERALTA**  
 C.C. No. 51.685.005

Recibí a satisfacción:

Firma

**CLARIBEL ACOSTA VESGA**  
**COORDINADORA GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL CENTRO ORIENTE 2**  
**DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS.**

Supervisor(a) Contrato **270** de 2025