

	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	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		NIT/ CC No.	1233497420	
CORREO ELECTRÓNICO	yardilar@invima.gov.co		TELÉFONO	3057700725	
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	012 del 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	30 de diciembre 2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA.□				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-01-07	FECHA DE INICIO	2025-01-08	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-30

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 48.344.600	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 7.920.867	VALOR A PAGAR	\$ 546.267
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 7.374.600	VALOR PAGADO	40.970.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 11)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(24 de noviembre al 27 de noviembre del 2025)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	550488405602811

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)					
El día 14 de octubre de 2025, la contratista en mención informa al supervisor del contrato que solicita la suspensión del contrato: "La razón que me impide e imposibilita jurídicamente continuar con la ejecución del contrato en mención obedece a licencia de maternidad por lo tanto, se me dificulta cumplir en este periodo con las obligaciones que emana el contrato de Prestación de Servicio suscrito con la entidad, por lo anterior no podré cumplir con las obligaciones desde el 04 de noviembre de 2025 hasta el 23 de noviembre de 2025" □ Siendo, así las cosas, se solicita SUSPENDER TEMPORALMENTE la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales No 012 de 2025 por el término que comprende del 04 de noviembre de 2025 al 23 noviembre de 2025.□					

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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	91521231			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	NOVIEMBRE	2025-11-18	\$ 204.900	FAMISANAR
PENSIÓN	NOVIEMBRE	2025-11-18	\$ 262.300	PROTECCIÓN
ARL	NOVIEMBRE	2025-11-18	\$ 8.600	POSITIVA
CCF	NOVIEMBRE	2025-11-18	\$ 32.800	COMPENSAR

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 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				
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD	
	2025	12	2	
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
	Nombre			
	Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
LADY JOHANNA JIMENEZ ROJAS COORDINADOR GRUPO APOYO OPERATIVO	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	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91521231	TOTAL A PAGAR \$508.600

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	204.900	0		0		0	0	0	0	204.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	262.300	0	0	0	0	0	0		262.300	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	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	32.800	0
						0	0
						32.800	0

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	204.900	204.900
Pensión	1	262.300	262.300
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	32.800	32.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	508.600	508.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91521231	10
					TOTAL A PAGAR
					\$508.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1233497420	ARDILA RIOS YESSICA KARINA	57	0		N																			230201	1.638.800	262.300	0	0	0	0	EPS017	1.638.800	204.900	14-23	1.638.800	1	8.600	CCF24	1.638.800	32.800	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	012 DEL 2025		
CONTRATISTA:	YESSICA KARINA ARDILA RIOS	NIT / C.C No. :	1.233.497.420
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$48.344.600		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	07 DE ENERO DEL 2025	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	354
FECHA DE INICIO:	2025-02-08	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-12-30
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025-11-24	HASTA:	2025-12-07
PAGO NÚMERO:	11	DEPENDENCIA:	Dirección de Operaciones Sanitarias
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	LADY JOHANNA JIMENEZ ROJAS		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la estructuración y/o revisión de la documentación que sea requerida de acuerdo con las modalidades de contratación en la etapa precontractual, contractual y post- contractual) relacionados con la adquisición de bienes y servicios requeridos por la Dirección de Operaciones Sanitarias	Se cargan las respectivas cuentas a la plataforma contractual. Se revisan carpetas de facturación del contrato de transporte y se actualizan documentos	Evidencia en la plataforma contractual de la Dirección de Operaciones. Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
2	Apoyar a los grupos de trabajo territorial con el cargue de los informes mensuales de los contratos a su cargo en la plataforma contractual destinada por el instituto.	Se revisan, las cuentas enviadas por los GTT y se han devuelto para correcciones, así mismo se han cargado las que se encuentran de forma correcta.	Evidencia en la plataforma contractual de la Dirección de Operaciones.
3	Prestar apoyo con la creación, seguimiento y/o actualización de las bases de datos concernientes a la Dirección de Operaciones Sanitarias.	N/A	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias. CONTRATOS -2025
4	Asistir a las reuniones y/o mesas de trabajo en los que se convoque,	Se asisten a reuniones sobre los procesos de contratación que se adelantan desde la Dirección de	Evidencia correo electrónico

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

	brindando el apoyo que le sea solicitado.	Operaciones con los proveedores y supervisores de contratos.	
5	Acompañar la gestión de los procedimientos administrativos y operativos a cargo de la Dirección de Operaciones Sanitarias, en el marco de los proyectos institucionales que se adelantan.	Se realiza acompañamiento a lo solicitado por parte de la Dirección.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.
6	Apoyar a la Dirección de Operaciones Sanitarias en la supervisión de la ejecución administrativa, operativa y financiera de los contratos que le sean asignados.	Se realiza apoyo a la Dirección en lo que se refiere al seguimiento de los contratos de prestación de servicios en su ejecución, revisión de carpetas de facturación de los contratos.	Ver carpeta Share Point del grupo de Operaciones Sanitarias.

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 **noviembre** 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)
10	\$ 4.097.000	\$1.638.800	30	\$ 508.600	91521231	MI PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 48.344.600
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$42.317.666
Saldo del contrato	\$6.026.934

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

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	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,

YESSICA KARINA ARDILA RIOS
Contratista
C.C. No. 1.233.497.420 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

LADY JOHANNA JIMENEZ ROJAS
Coordinador Grupo Apoyo Operativo
Dirección Operaciones Sanitarias
Supervisor(a) Contrato 12 de 2025