

	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	MARTHA VIVIANA MAYORGA LOPEZ		NIT/ CC No.	1020789934	
CORREO ELECTRÓNICO	mmayorgal@invima.gov.co		TELÉFONO	3002968337	
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	No.291-2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	27/11/2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) A LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS SUJETOS A LA VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA. ASÍ COMO LA ELABORACIÓN Y PROYECCIÓN DE LOS CONCEPTOS TÉCNICOS REQUERIDOS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-28	FECHA DE INICIO	2026-01-28	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-27
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 41.629.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR PAGADO	\$ 23.788.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 4)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N.A.	PERIODO OBJETO DE PAGO	(28 de Abril al 27 de Mayo del 2026)
BANCO	DAVIENDA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	560001800234526
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	ABRIL (77889342)				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Abril 2026	2026-05-11	\$ 617.400	EPS COMPENSAR	
PENSIÓN	Abril 2026	2026-05-11	\$ 790.300	COLPENSIONES	
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	
		2026	6	1	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:			
CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos		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	291 - 2026		
CONTRATISTA:	Martha Viviana Mayorga Lopez	NIT / C.C No. :	1020789934
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) A LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS SUJETOS A LA VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA. ASÍ COMO LA ELABORACIÓN Y PROYECCIÓN DE LOS CONCEPTOS TÉCNICOS REQUERIDOS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS.		
VALOR DEL CONTRATO	CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$59.470.000)		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-28	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	304 Días
FECHA DE INICIO:	2026-01-28	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-27
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-04-28	HASTA:	2026-05-27
PAGO NÚMERO:	04	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar visitas de certificación, ampliación, renovación de las Buenas Practicas de Manufactura (BPM), elaboración (BPE), gases medicinales (BPMG), productos fitoterapeuticos (BPMf), medicamentos homeopáticos (BPMh), medicamentos biológicos (BPMb), suplementos dietarios (BPMsd), elaboración de radiofármacos (BPER) y demás asignadas por el supervisor del contrato, a los establecimientos que	<ol style="list-style-type: none"> RECERTIFICACION BPM GASES MEDICINALES – CLINICA LOS NOGALES. RECERTIFICACION BPM GASES MEDICINALES – FUNDACION SHAI0 RECERTIFICACION BPM GASES MEDICINALES – POLICLINICO DEL OLAYA. 	<ol style="list-style-type: none"> 20251149057 20251252140 20241308875



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

	fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos y / o presten servicios de salud con medicamentos en serás humanos, que sea de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.		
2	Brindar apoyo en la preparación y elaboración de los actos administrativos correspondientes, incluyendo la formulación de los fundamentos técnicos y científicos necesarios para la obtención y mantenimiento de la certificación BPx.	No se ejecuta esta actividad en este periodo	N/A
3	Realizar visitas de verificación de requerimientos pendientes y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Practicas de Manufactura (BPM), elaboración (BPE), laboratorio (BPL), gases medicinales (BPMG), productos fitoterapeúticos (BPMf), medicamentos homeopáticos (BPMh), medicamentos biológicos (BPMb), suplementos dietarios (BPMsd), elaboración de radiofármacos (BPER) y demás asignadas por el supervisor del contrato a los establecimientos que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	No se ejecuta esta actividad en este periodo	N/A
4	Proyectar los documentos resultantes de la realización de auditorías de certificación de Buenas Practicas correspondientes asignadas por el supervisor del contrato, como son actas, resoluciones, oficios remisorios a otras dependencias, entre otros.	No se ejecuta esta actividad en este periodo	N/A
5	Alimentar continuamente las bases de datos que se establezcan en la entidad para seguimiento, incorporando	1- HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA	1. 20251137230 2. 20251149057

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

	integralmente la información, conforme la estructuración de las herramientas del grupo.	2- CLINICA LOS NOGALES	
6	Atender oportunamente con fundamento técnico las consultas, quejas o peticiones recibidas a través de los canales institucionales, conforme a la asignación del supervisor y los tiempos establecidos por la entidad.	Proyectar en el gestor documental	Radicados: <ol style="list-style-type: none"> 1. 20261102244 2. 20261106650 3. 20261106369 4. 20261130616 5. 20261127667 6. 20261127057 7. 20261125355 8. 20261126909 9. 20261121402 10. 20261135907 11. 20261113978 Filtro: <ol style="list-style-type: none"> 1. 20261116362 2. 20263005462 3. 20261128666 Certificado Físico BPM: <ol style="list-style-type: none"> 1. 20261084230 2. 20261100304
7	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informara si la asistencia es presencial o virtual.	No se ejecuta esta actividad en este periodo	N/A

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

1. 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
NA	NA	NA	NA	NA

2. 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 Abril del año 2026:

	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)
04	\$ 12.347.000	\$ 4.938.800	30	\$ 1.407.700	77889342	Mi Planilla

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 23.788.000
Saldo del contrato	\$ 35.690.000

4. 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
04	X	

Atentamente,

Firma

Nombres y apellidos del contratista: Martha Viviana Mayorga Lopez

Contratista

C.C. No. 1020789934

Recibí a satisfacción:

Nombres y Apellidos: CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO

Cargo: Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos

Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

Supervisor(a) Contrato 291 de 2026.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020789934	MARTHA VIVIANA MAYORGA LOPEZ		cr 21 148 41	3002968337	martha.mayorgal94@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77889342	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.407.700	

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	617.400	0		0		0	0	0	0	617.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	790.300	0	0	0	0	0	0		790.300	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										

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	617.400	617.400
Pensión	1	790.300	790.300
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	1.407.700	1.407.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020789934	MARTHA VIVIANA MAYORGA LOPEZ		cr 21 148 41	3002968337	martha.mayorga194@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77889342	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.407.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																										
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN										
1	CC 1020789934	MAYORGA LOPEZ MARTHA VIVIANA		3	0			N																25-14	4.938.800	30	790.300	0	0	0	0	EPS008	4.938.800	30	617.400		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA