


inVIMA		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	Lesly Lizeth Bareño Ariza		NIT/ CC No.	1.015.417.024	
CORREO ELECTRÓNICO	lbarenoa@invima.gov.co		TELÉFONO	3192888847	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	483-2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	160 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN EL ANALISIS Y PROYECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS EN CONDICIÓN DESABASTECIMIENTO Y EN EL ESTUDIO DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS EN INVESTIGACIÓN COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-07-22	FECHA DE INICIO	2025-07-22	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 34.117.333	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 21.323.333	VALOR A PAGAR	\$ 6.397.000,00
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 14.926.333,00	VALOR PAGADO	19.191.000,00	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	3
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	(22 de septiembre al 21 de octubre del 2025)
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	198-889531-78
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	90578521				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	octubre	27/10/2025	\$ 319.900	Compensar	
PENSIÓN	octubre	27/10/2025	\$ 409.500	Porvenir	
ARL	octubre	27/10/2025	\$ 13.400	Positiva Seguros	
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: <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	4	
 SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		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	1015417024	LESLY LIZETH BAREÑO ARIZA		Calle 137 # 132 -04	4034873	lbarena@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	27/10/2025	90578521	\$742.800	

## 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	319.900	0		0		0	0	0	0	319.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	409.500	0	0	0	0	0	0	0	409.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.400				13.400	0	0	13.400			134	13.400	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA


Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	319.900	319.900
Pensión	1	409.500	409.500
Riesgos Laborales	1	13.400	13.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>742.800</b>	<b>742.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015417024	LESLY LIZETH BAREÑO ARIZA		Calle 137 # 132 -04	4034873	lbarenoa@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$742.800				

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	VCT	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	1015417024	BAREÑO ARIZA LESLY LIZETH	59	0			N																	230301	2.558.800	409.500	0	0	0	0	EPS008	2.558.800	319.900	14-23	2.558.800	1	13.400		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>	<b>483 - 2025</b>		
<b>CONTRATISTA:</b>	Lesly Lizeth Bareño Ariza	<b>NIT / C.C No. :</b>	1.015.417.024
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN EL ANALISIS Y PROYECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS EN CONDICIÓN DESABASTECIMIENTO Y EN EL ESTUDIO DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS EN INVESTIGACIÓN COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	<b>\$34.117.333,00</b>		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	<b>2025/07/22</b>	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	<b>160 días</b>
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2025/07/22</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2024/12/31</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> style="text-align: center;"> <b>2025/09/22</b>	<b>HASTA:</b>	<b>2025/10/21</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	<b>3</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	<b>DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS</b>
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	<b>SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR</b>		
2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Prestar apoyo en la revisión y análisis del proceso de gestión de medicamentos y de medicamentos Vitales No Disponibles en condición de desabastecimiento, con las entidades territoriales de salud y titulares de registro sanitarios, en la cadena de distribución del producto, conforme lo asignado por el supervisor del contrato.	<b>Revisión proceso de IVC MVND</b>	<b>sesuite, correo</b>
2	Apoyar en actividades de revisión y análisis de los trámites de registro sanitario de medicamentos o productos en investigación de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	<b>Manual del investigador</b> 20251190622 20251189961 20251180154 20251180168 20251204073 20251234222 20251194602 20251194613 20251197310 (Alcance 20251228636) 20251193830 (no aparece en base protocolo) 20251224098 20251227150 20251246625 20251247137 (auto) 20251257410 20251258179 20251259582 (auto)	<b>Aplicativo de registro</b>





GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

3	Brindar apoyo en la proyección de documentos técnicos que describan las acciones del proceso de gestión de medicamentos y de medicamentos Vitales No disponibles en condición de desabastecimiento, así como los resultantes de la evaluación de los trámites de registros sanitarios de medicamentos o productos en investigación de competencia de la dirección de Medicamentos y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor de contrato	<b>GAAT</b> <b>Reunión revision</b> <b>procedimiento - Acciones</b> <b>IVC MVND</b>  <b>Procedimiento de</b> <b>acciones de IVC MVND</b>	<b>Teams/word</b>
4	Prestar apoyo en la actualización de las bases de datos y/o listados, relacionadas con tramites de registros sanitarios y/o modificaciones de producto competencia de la dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	<b>Informes finales, anuales,</b> <b>cierres de centro y</b> <b>estudio</b>  <b>20251263521</b> <b>20251265374</b> <b>20251234343</b> <b>20251234794</b> <b>20251283971</b> <b>20251286047</b> <b>20251255866</b> <b>20251256587</b> <b>20251266365</b> <b>20251261543</b> <b>20251268536</b>  <b>Publicación de bases de</b> <b>datos:</b> <b>Informes (cierres de</b> <b>estudio/centro, e informes</b> <b>anuales), comités de ética</b> <b>y centro de investigación</b> <b>certificados</b>	<b>Bases de datos</b> <b>SharePoint, Página</b> <b>web Invima, Sesuite</b>
5	Brindar apoyo en la resolución de las inquietudes, peticiones, consultas, o solicitudes se conceptos asociados a los productos competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, que le sean asignados por el supervisor de contrato	<b>GIC</b> <b>Usuario de interfaz</b> <b>20251249403</b>  <b>GAAT</b> <b>Radicado</b> <b>superintendencia</b> <b>20251243066</b>	<b>Sesuite, correo</b> <b>Outlook</b>
6	Asistir desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicados por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad que estén relacionadas con el objeto contractual.	<b>Presentación intención</b> <b>4551, 4566, 4535</b> <b>Reunión consentimientos</b> <b>informados y patria</b> <b>potestad</b> <b>Presentación Intención</b> <b>4335,4496,4524</b> <b>Presentación Intención</b> <b>4583-4267-4694</b> <b>Presentación Intención</b> <b>4549-4594-4622</b>	<b>Teams</b>

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

		<b>GAAT</b> <b>Reunión</b> <b>Mapa de Riesgos</b> <b>Presentación</b> <b>Reinducción actividades</b>  <b>Revisión Procedimiento</b> <b>IVC Vitales no</b> <b>Disponibles</b>	
--	--	--	--

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 octubre del 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 correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
3	\$6.397.000	\$2.558.800	30	\$742.800	90578521	M planilla

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 34.117.333
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 19.191.000
Saldo del contrato	\$ 14.926.333

### 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
2	X	

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

Cordialmente,



**LESLY LIZETH BAREÑO ARIZA**

**Contratista**

**C.C. No. 1.015.417.024**

Recibí a satisfacción:



**SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR**

**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**

**Invima.**

**Supervisora Contrato No.483 de 2025**

