
		GESTIÓN CONTRACTUAL			
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN			
Código: GCON-FOR15		Versión: 01		Fecha de emisión: 2026-06-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	ANGIE VIVIANA MORALES VILLAIZÁN		NIT/ CC No.	1016091734	
CORREO ELECTRÓNICO	amoralessvi@invima.gov.co		TELÉFONO	3124641656	
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	172 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	18/11/2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, EN LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC) Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS, TENDIENTES A CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN ESTUDIOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS EN SERES HUMANOS, ASI COMO , APOYAR EL				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-18	FECHA DE INCIO	2026-01-20	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-19
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 29.735.000	VALOR PAGADO	29.735.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	AVM55	PERIODO OBJETO DE PAGO	20 de mayo a 19 de junio de 2026
BANCO	Davienda	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	488403940932
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)					
1. Debido a encontrarse afiliados a la ARL el riesgo 5, no se encuentra en la planilla ya que el instituto es el que se encarga del pago de la misma.					
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	SI	
Pago Parafiscales	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	N/A		Otros. Cuales?	NO	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9503514734				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-05	2026-05-29	\$ 350.000	Salud Total	
PENSIÓN	2026-05	2026-05-29	\$ 448.000	Protección	
ARL	N/A	2026-05-29	N/A	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.					
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"/>					
<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 período 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
			2026	6	22
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
 Laura Meliza Cruz Bernal Coordinadora (E) Grupo de Investigación Clínica Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos			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.					

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016091734		MORALES VILLAIZAN ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6A 87 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124641656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	345323331	9503514734	I	2026/06/09	2026/05/29	BANCO DAVIVIENDA	0	\$812,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vs	pc	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700			\$0	\$0	\$812,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700			\$0	\$0	\$812,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
																						23020	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS002	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,800,000	0.522%	\$14,700	0	\$0	\$0	No	\$812,700
Total	Afiliados(1)																							\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000		\$14,700			\$0	\$0	\$812,700

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
TOTAL				1	\$812,700	\$0	\$0	\$812,700

ANGIE VIVIANA MORALES VILLAIZAN

NIT: 1016091734-6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 6 A 87 47 SUR TINTALA FASE VI, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6016611771

Autorización FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 18764085150625 válida desde 2024-12-11 hasta 2026-12-11 rango desde AVM19 hasta AVM100.

Nombre o Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
NIT: 830000167
Dirección: Carrera 10 #64 - 28 Bogotá, Colombia, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Forma de Pago: Crédito
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 30/06/2026
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: AVM55
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 16:42:09
FECHA FIRMADO: 19/06/2026 16:42:11

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
19	06	2026	30	06	2026

#	CÓDIGO	SERVICIO	CANT.	IMPUESTOS			PRECIO UNITARIO	TOTAL
				NOM	% o VAL	MONTO		
1	SERVICIOS	SERVICIOS	1,00				\$5.947.000,00	\$5.947.000,00

Notas:
#S\$19-12-00;AVM24;mvargasve@invima.gov.co#S

SON: (cinco millones novecientos cuarenta y siete mil pesos)
CUFE: cfbfc8086b2594d517b40ae6abeb074653ba74c160aa1c24c02ffe896a6a4d16cd9a7904cd82d49745991429d9a32a1e

Subtotal:	\$5.947.000,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
TOTAL:	\$5.947.000,00

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Número 0550488403940932

Firma Digital: OdwHdZsUZEezwYQDUUDWgNN3qfPgrBcEoYrlkKChnP694/QAVVhk5PQ3SiXpF9w
mkyd3q1PUSiIAmnlVKpKjxlEcqP3wX7iYHdlI5e+EigqJLpQF
xf/0ia49i4rzd8 JFWtGOEUSY358v6SXb9dLNWWmRdvw/gB1D/MMI0V/xxat//sgs3SGHoiWYZwPM90 fHmCyNENI3CKI65T1zwdEjxRTsCl1o+YkL
JXQwJx/IEbippT+Sp56rP1oj05rva PZ02oESDW5algRqMG4ON9xiyl9g6FG96prSDk2pFyglXOjS3qKwi9k0KFS6YBAD sKkuO0QWzTrzdp3MPkTD
3Q==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

