

	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	Sofia Alejandra Suarez Afanador		NIT/ CC No.	1005183658	
CORREO ELECTRÓNICO	s.alejandra020202@gmail.com		TELÉFONO	3174890237	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	410 de 2026	TERMINO DE EJECUCIÓN	10 meses		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE IVC DE MENOR COMPLEJIDAD Y LA ARTICULACIÓN CON LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD, EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA VIGENTE Y QUE SEAN COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA. □				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-26	FECHA DE INICIO	2026-01-28	FECHA DE TERMINACIÓN	
				2026-11-27	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33,230,000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 23,261,000	VALOR A PAGAR	\$ 3,323,000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 19,938,000	VALOR PAGADO	13,292,000	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 de 2026
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	91231136989
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	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	79687457				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	ABRIL	2026-05-06	218,900	Sanitas EPS	
PENSIÓN	ABRIL	2026-05-06	280,200	Porvenir	
ARL	ABRIL	2026-05-06	9,200	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)					
☐ En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: □ ☐ 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. □ ☐ 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	06	01		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
MARIA VICTORIA URREA DUQUE COORDINADORA DEL GRUPO DE ARTICULACION Y APOYO TÉCNICO		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	410 de 2026		
CONTRATISTA:	SOFIA ALEJANDRA SUAREZ AFANADOR	NIT / C.C No. :	1005183658
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE IVC DE MENOR COMPLEJIDAD Y LA ARTICULACIÓN CON LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD, EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA VIGENTE Y QUE SEAN COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$33.230.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	26 DE ENERO DE 2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300 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:	4	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MARIA VICTORIA URREA DUQUE		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo profesional en la evaluación de la documentación técnica aportada por las entidades territoriales de salud, en las actividades de articulación de acuerdo con la circular 039 de 2016 y las normas sanitarias vigentes, conforme lo asignado por el supervisor del contrato.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación específica.	N.A.
2	Apoyar en la elaboración, proyección de las respuestas a las peticiones, quejas reclamos y denuncias (pqrd) de menor complejidad que sean asignadas por el supervisor del contrato, así como en la programación de visitas que por riesgo se	Apoyo en la proyección de respuesta a PQRD asignadas, así como el seguimiento y programación de visitas que por riesgo que se requieran, incluyendo la gestión de retiros	Base de datos Microsoft en carpeta En la O365_gaat-dmpb SharePoint https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_GAAT-DMPB vc-vig-fm81 correspondencia gaat 2026.Xlsm

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

	requieran y el cierre de estas, gestión de retiros de productos del mercado, toma de muestras y de acciones de ivc relacionados con casos asociados con medicamentos vitales no disponibles en el marco de los procesos de vigilancia que realiza la dirección de medicamentos y productos biológicos.	de productos del mercado, toma de muestras y acciones de inspección, vigilancia y control.													
3	Preparar y presentar informes mensuales al supervisor del contrato, sobre los resultados obtenidos a partir de las diferentes acciones realizadas dentro del marco de la inspección, vigilancia y control de los productos competencia de la dirección de medicamentos y productos biológicos.	Preparación y presentación de insumo e información requerida por el supervisor del contrato, actualizando y verificando la información.	Base de datos Microsoft en carpeta En la O365_gaat-dmpb SharePoint https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_GAAT-DMPB												
4	Apoyar en el análisis técnico de los conceptos consignados en las actas de las visitas de ivc, realizadas con ocasión de las solicitudes de las pqr de menor complejidad asignadas por el supervisor del contrato, para el seguimiento y cierre de las mismas.	Apoyo el análisis técnico de los conceptos consignados en las actas de las visitas de IVC derivadas de PQRD.	Base de datos Microsoft en carpeta En la O365_gaat-dmpb SharePoint https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_GAAT-DMPB vc-vig-fm81 correspondencia gaat 2026.Xlsm												
5	Asistir a las reuniones, mesas de trabajo y comités técnicos internos, así como apoyar la revisión de documentos necesarios para la función reguladora de inspecciones regulatorias y de vigilancia y control de mercado, que cumplan con los requisitos establecidos en la herramienta global de evaluación comparativa emitida por la organización mundial de la salud - oms, que sean necesarios para la adecuada ejecución del	Asistencia a las reuniones y/o mesas de trabajo programadas relacionadas con el objeto contractual.	<table><tr><td></td><td>Cafe Meet - Talento Humano Dirección de Medicamentos</td></tr><tr><td>7/05/2026</td><td></td></tr><tr><td>11/05/2026</td><td>Reunión Actualización Introducción al GAAT - Sheila</td></tr><tr><td></td><td>Reunión 2 Actualización Presentación Introducción al</td></tr><tr><td>13/05/2026</td><td>GAAT - Sheila</td></tr><tr><td>19/05/2026</td><td>Reunión Preparatoria Visita ROMPI S.A.S</td></tr></table>		Cafe Meet - Talento Humano Dirección de Medicamentos	7/05/2026		11/05/2026	Reunión Actualización Introducción al GAAT - Sheila		Reunión 2 Actualización Presentación Introducción al	13/05/2026	GAAT - Sheila	19/05/2026	Reunión Preparatoria Visita ROMPI S.A.S
	Cafe Meet - Talento Humano Dirección de Medicamentos														
7/05/2026															
11/05/2026	Reunión Actualización Introducción al GAAT - Sheila														
	Reunión 2 Actualización Presentación Introducción al														
13/05/2026	GAAT - Sheila														
19/05/2026	Reunión Preparatoria Visita ROMPI S.A.S														

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

	contrato, y que solicite el supervisor del contrato.		
6	Registrar y actualizar de manera oportuna la información en las bases de datos herramientas definidas por la entidad para el seguimiento. Incorporando integralmente información, conforme la estructuración de las herramientas del grupo.	Registro y actualizo de manera oportuna la información en las bases de datos y herramientas definidas por la Entidad, incorporando de forma completa y organizada los datos requeridos, conforme a la estructuración establecida por el grupo, para asegurar el adecuado seguimiento de las actividades.	lvc-vig-fm81 correspondencia gaat 2026.Xlsm

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 abril del año 2026.

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)
4	3.323.000	1.750.905	30	508.300	79687457	Miplanilla

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$33.230.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$13.292.000
Saldo del contrato	\$19.938.000

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
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	

Atentamente,

Sofia Alejandra Suarez Afanador
Contratista
C.C. No. 1005183658

Recibí a satisfacción:

María Victoria Urrea Duque
Coordinadora del Grupo de Articulación y Apoyo Técnico
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 410 de 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1005183658	SOFIA ALEJANDRA SUAREZ AFANADOR	Calle 61 #9-51	3174890237	s.alejandra020202@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		79887457	06/05/2026	1	1	0
PERÍODO	SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04		2026-04	I	\$0	\$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS005	Santas EPS	800251440-6	218.900	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	218.900
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	9.200	No. Autorización	Valor	9.200	0	0	92
									9.200
									1

TOTALES CAJAS				
Nombre				
Código CCF	NIT		Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados
0	0	0	0
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
0	0	0	0
MEN			
0	0	0	0
SENA			
0	0	0	0
TOTALES			
508.300	3	508.300	508.300

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES			
508.300	3	508.300	508.300

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1005183658	SOFIA ALEJANDRA SUAREZ AFANADOR	Calle 61 #9-51	3174890237	s.alejandra020202@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79687457	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES							
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotom. exterior	ING	RET	TOE	TAE	TOP	TAP	VSP	ENL	JOE	LMA	AVP	WCT	IRL	CORREGCIÓN	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1005183658	SUAREZ AFANADOR SOFIA ALEJANDRA	57	0	N															230301	1,750,005	30	280,200	0	0	0	0	EPS005	1,750,005	30	218,300	14-23	1,750,005	30	1	9,200		0	0	0	0	0	0	0