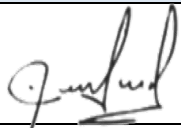


		GESTIÓN CONTRACTUAL					
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
		Código: GCON-FOR15	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026-06-01			
<b>1. DATOS GENERALES</b>							
CONTRATISTA	SANDRA OSPINO TORRES		NIT/ CC No.	55243223			
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:sospinot@invima.gov.co">sospinot@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3217761746			
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	298 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	29/12/2026			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS, PARA APOYAR A LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJO EN LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS BAJO VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-24	FECHA DE INCIO	2026-01-25	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-29		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 45.476.700	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 29.088.700	VALOR A PAGAR	\$ 4.097.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 24.991.700	VALOR PAGADO	20.485.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(27 de mayo al 26 de junio del 2026)		
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	27070100436		
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>							
(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)							
NINGUNA							
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>							
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							
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>							
NÚMERO DE PLANILLA	9506645198						
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	2026-06	2026-06-25	\$ 218.900	APORTES EN LINEA			
PENSIÓN	2026-06	2026-06-25	\$ 280.200	APORTES EN LINEA			
ARL	2026-06	N/A	INVIMA	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.							
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>							
(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. <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"/> <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 GCON-MAN1 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GCON-MAN2.							
Fecha de expedición de la presente certificación:			AAAA	MM	DD		
			2026	6	26		
 <b>FERNANDO ALBERTO AVILA SABOGAL</b> PROFESIONAL UNIVERSITARIO -COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL OCCIDENTE 2 DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO 298 DE 2026			Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
			Nombre				
			Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
			Consecutivo:				
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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 GCON-MAN1 .							

	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GCON-FOR7	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	298 de 2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	SANDRA OSPINO TORRES	<b>NIT / C.C No. :</b>	55243223
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS, PARA APOYAR A LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJO EN LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS BAJO VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$45.476.700		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2026-01-24	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	<b>333 DIAS, ONCE (11) MESES</b>
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2026-01-25	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2026-12-29
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2026-05-27	<b>HASTA:</b>	2026-06-26
<b>PAGO NÚMERO:</b>	05	<b>DEPENDENCIA:</b>	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	FERNANDO ALBERTO AVILA SABOGAL		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la realización de las actividades de inspección, vigilancia y control acorde con los planes, programas, proyectos, estrategias e instrumentos del enfoque de vigilancia por gestión de riesgo presentados por las direcciones misionales para los productos de cosméticos, aseo y limpieza, medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico y alimentos.	Se apoyaron actividades de inspección, vigilancia y control acorde con los planes, programas, proyectos, estrategias e instrumentos del enfoque de vigilancia por gestión de riesgo presentados por las direcciones misionales.	Actas de Visita entregadas físicamente en la oficina del GTT respectivo e Informes de actividades enviados al correo oficial. Oficios Comisorios: 7306-540-26;7308-436-26

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

	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GCON-FOR7	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

### 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	7306-0117-26	ARMENIA (QUINDIO)	16 de junio de 2026	18 de junio de 2026

### 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 JUNIO 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)
01	\$4.097.000	\$1.638.800	30	\$499.100	9506645198	Aportes en línea

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$45.476.700
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$24.991.700
Saldo del contrato	\$20.485.000

### 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
05	X	



GESTIÓN CONTRACTUAL

**INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GCON-FOR7

Versión: 01

Fecha de emisión: 2026/06/01

Atentamente,

**SANDRA OSPINO TORRES**

Contratista

C.C. No. 55243223

Recibí a satisfacción:

**FERNANDO ALBERTO AVILA SABOGAL**

PROFESIONAL UNIVERSITARIO -COORDINADOR DEL

GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL OCCIDENTE 2

DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS

SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO 298 DE 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55243223		OSPIÑO TORRES SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 130 # 9-87 caribe verde.	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3217761746	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	421193603	9506645198	I	2026/07/07	2026/06/25	NEQUI	0	\$499,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC	55243223	OSPIÑO SANDRA	231001	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55243223		OSPINO TORRES SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 130 # 9-87 caribe verde.	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3217761746	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-06	2026-06	421193603	9506645198	I	2026/07/07	2026/06/25	NEQUI	0	\$499,100	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$499,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$499,100</b>	