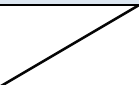
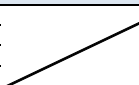


	GESTIÓN CONTRACTUAL				
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GCON-FOR15	Versión: 01		Fecha de emisión: 2026-06-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	Cindy Julieth Buriticá González		NIT/ CC No.	1121831563	
CORREO ELECTRÓNICO	cburiticag@invima.gov.co		TELÉFONO	3106255503	
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	491 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	2026-12-31	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales para el estudio y emisión de los vistos buenos y autorizaciones de registro o licencia de importación y exportación de productos competencia del Instituto, verificando la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados a la Dirección de Operaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-30	FECHA DE INICIO	2026-01-30	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-31
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	30 de Mayo de 2026 hasta 29 de Junio de 2026
BANCO	Davivienda	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	550462400041663
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	NO	
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	87400484				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	MAYO	2026-06-09	\$ 225,000	SALUDTOTAL	
PENSIÓN	MAYO	2026-06-09	\$ 288,000	COLPENSIONES	
ARL	MAYO	2026-06-09	\$ 9,400	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	6	30	
 Cesar Andrés Cubides Martínez Coordinador del Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importación y Exportación		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	1121831563	CINDY JULIETH BURITICA GONZALEZ		Carrera 102 #154-31	4520806	cinjuli@hotmail.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
		87400484	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,800,000	\$558.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	36.000	0	0	36.000	1

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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	1	36.000	36.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	558.400	558.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121831563	CINDY JULIETH BURITICA GONZALEZ		Carrera 102 #154-31	4520806	cinjuli@hotmail.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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87400484	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,800,000	\$558.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	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 1121831563	BURITICA GONZALEZ CINDY JULIETH	59	0			N																	25-14	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	225.000	14-23	1.800.000	30	1	9.400	CCF21	1.800.000	30	36.000	0	0	0	0	0

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	491 de 2026		
CONTRATISTA:	Cindy Julieth Buriticá González	NIT / C.C No.:	1121831563
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales para el estudio y emisión de los vistos buenos y autorizaciones de registro o licencia de importación y exportación de productos competencia del Instituto, verificando la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados a la Dirección de Operaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 45.476.700		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	30 de enero de 2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	11 meses y 3 días
FECHA DE INICIO:	2026-01-30	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-12-31
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-05-30	HASTA:	2026-06-29
PAGO NÚMERO:	5	DEPENDENCIA:	Dirección de Operaciones Sanitarias
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Cesar Andrés Cubides Martínez		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES																							
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS																				
1	Estudiar las solicitudes de visto bueno de importación (registro, licencia, modificación o cancelación) para medicamentos fitoterapéuticos, homeopáticos, dispositivos médicos, equipos, biomédicos, reactivos, componentes anatómicos, cosméticos, productos de aseo, higiene y limpieza, plaguicidas, suplementos dietarios, partes y repuestos de equipos biomédicos, allegados a traves de la ventanilla única de comercio exterior VUCE o las herramientas que se dispongan, de conformidad con la normatividad y procedimientos vigentes.	Se realizaron estudios y se emitieron conceptos a las intenciones de importación a través de la Ventanilla Única de Comercio Exterior VUCE 2.0	Nota: El registro de las solicitudes de Importaciones evaluadas se presenta mensualmente mediante un enlace emitido por la coordinación del Grupo de Trabajo y pueden ser verificadas a través de la plataforma del MINCIT VUCE 2.0. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Solicitudes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aprobadas</td><td>485</td><td>Negadas</td><td>40</td></tr> <tr> <td>No requiere</td><td>44</td><td>Parcial</td><td>26</td></tr> <tr> <td>Requerida</td><td>34</td><td>Reapertura</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Vencidas</td><td>0</td><td>Evacuadas</td><td>630</td></tr> </tbody> </table>	Solicitudes				Aprobadas	485	Negadas	40	No requiere	44	Parcial	26	Requerida	34	Reapertura	1	Vencidas	0	Evacuadas	630
Solicitudes																							
Aprobadas	485	Negadas	40																				
No requiere	44	Parcial	26																				
Requerida	34	Reapertura	1																				
Vencidas	0	Evacuadas	630																				
2	Realizar la verificación de la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados con el fin de cumplir con los permisos requeridos para los tramites de autorizaciones.	Se realiza la verificación de la información en el SESUITE y en la plataforma de registros sanitarios para validar el cumplimiento de los requisitos exigidos para los trámites de autorización.	Consultas realizadas en SESUITE y en la plataforma de registros sanitarios, que evidencian la validación técnica para la emisión del concepto en los trámites.																				
3	Proyectar concepto técnico sanitario para las solicitudes de autorización de importación y exportación de medicamentos, Fitoterapéuticos, homeopáticos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, reactivos,	Se realizó el estudio técnico y emisión de concepto para autorizaciones de	Aplicativo de registros sanitarios.																				

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

	componentes anatómicos, cosméticos, productos de aseo, higiene y limpieza, plaguicidas, suplementos dietarios, partes y repuestos de equipos biomédicos; radicadas ante el Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importación y Exportación, asignadas por los canales dispuestos por el Invima.	Dispositivos Médicos DM, asignadas a través, del aplicativo de registros sanitarios.	- DM - Sobre Medida Bucal: 7 - Trazas: 40
4	Atender las consultas, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias asociadas a los trámites de visto bueno y autorización de importación y exportación, allegadas al Grupo de Trabajo, en concordancia con la normatividad vigente.	Se atendieron solicitudes de Correspondencia y PQRDS asociadas a las actividades de comercio exterior.	Se da respuesta a 6 casos de atención al usuario, en uso de los diferentes canales del Instituto (Correspondencia y PQRDS) relacionadas con las actividades del Grupo de Trabajo
5	Apoyar actividades de apoyo a la inspección, vigilancia y control relacionadas con la gestión de las solicitudes de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación de productos competencia del Invima.	No se realizaron acciones relacionadas a esta obligación en este periodo de tiempo.	No se tiene ninguna evidencia dado que no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.
6	Atender las actividades del Grupo de Trabajo utilizando las herramientas tecnológicas suministradas por el Invima para gestionar los trámites internos y externos que le sean asignados al grupo	Uso de Se-Suite como herramienta de solución.	Se gestiona las actividades asignadas por el supervisor de contrato a través de la plataforma Se-Suite
7	Remitir los informes de actividades y resultados asociada a la atención de las solicitudes asignados y atendidos durante la vigencia conforme a la reglamentación, sus procedimientos y lo indicado por el supervisor del contrato.	Se presenta información de actividades realizadas para control de indicador y gestión del Informe de actividades	Se diligencia los datos del POA para Reporte de indicadores y actividades para el envío del informe de gestión del Grupo de Trabajo, de acuerdo con las instrucciones del supervisor.
8	Asistir a las reuniones, comités, audiencias, foros, mesas de trabajo, asociadas con la atención de las solicitudes de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación asignadas por el supervisor del contrato.	Se participa en reuniones y capacitación asociadas en el desarrollo de las actividades de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación	No se tiene ninguna evidencia dado que no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.

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

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

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 Mayo 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)
5	\$ 4'097.000	\$ 1'800.000	30	\$ 558.400	87400484	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 45'476.700
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 20'485.000
Saldo del contrato	\$ 24'991.700

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	
5	X	

Atentamente,

Firma
Cindy Julieth Buriticá González
Contratista
C.C. No. 1121831563

Recibí a satisfacción:

Firma
Cesar Andrés Cubides Martínez
Cargo Coordinador del Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importación y Exportación
Dependencia Dirección de Operaciones Sanitarias
Supervisor(a) Contrato 491 de 2026