

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	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		NIT/ CC No.	1233497420	
CORREO ELECTRÓNICO	yardilar@invima.gov.co		TELÉFONO	3057700725	
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	137 del 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	180 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN Y GESTIÓN DE LOS VISTOS BUENOS Y AUTORIZACIONES DE LICENCIAS DE IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN ALLEGADAS A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-17	FECHA DE INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-07-18
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 24.582.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 24.582.000	VALOR A PAGAR	\$ 4.097.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 20.485.000	VALOR PAGADO	4.097.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(19 de Enero al 18 de Febrero del 2026)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	550488405602811
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	1701390				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	ENERO	2026-01-05	\$ 218.900	FAMISANAR	
PENSIÓN	ENERO	2026-01-05	\$ 280.200	PROTECCIÓN	
ARL	ENERO	2026-01-05	\$ 9.200	POSITIVA	
CCF	ENERO	2026-01-05	\$ 35.100	COMPENSAR	
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	2	18	
 CESAR ANDRES CUIDES MARTINEZ COORDINADOR GRUPO DE AUTORIZACIONES Y LICENCIAS PARA IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisión:			
		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	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2026-01	2026-01	I	05/01/2026	1701390	TOTAL A PAGAR \$543.400

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		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	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233497420	YESSICA KARINA ARDILA RIOS		calle57f No 78m 17 Sur	3057700725	Jessica.ardila2614@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	05/01/2026	1701390	\$543.400

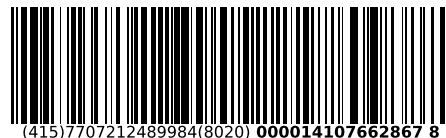
DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1233497420	ARDILA RIOS YESSICA KARINA	57	0			N																		230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141076628678



(415)7707212489984(8020) 000014107662867 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 2 3 3 4 9 7 4 2 0

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 2 3 3 4 9 7 4 2 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ARDILA

32. Segundo apellido

RIOS

33. Primer nombre

YESSICA

34. Otros nombres

KARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 57 F 78 M 17 SUR

42. Correo electrónico

yessica.ardila9@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 3 0 9 6 0 1 8

45. Teléfono 2

3 0 5 7 7 0 0 7 2 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 9 1 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

17/02/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YESSICA ARDILA RIOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1233497420**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488405602811
Fecha de apertura	23/05/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES AÑO 2026

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: YESSICA KARINA ARDILA RIOS
Identificación: 1.233.497.420

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

* \$199.196.000 con UVT (\$49,799) año 2025 SI (☒) NO (☐)
* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 SI (☒) NO (☐)

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

2.1. Declaro que: SI (☐) NO (☒) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI (☐) NO (☒), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI (☐) NO (☒); (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

5. Aporte cuenta AFC SI (☐) NO (☒); Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI (☐) NO (☒);

Favor indicar la tarifa ()%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2025, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2025, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2026. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2025

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicionales por salud SI () NO (X) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.
- 8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI () NO (X) anexo certificación.
- 8.2.1.El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI () NO ()
9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de Febrero del 2026.

Firma: 
Nombres y Apellidos: Yessica Karina Ardila
C.C.1.233.497.420

	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	137 DEL 2026		
CONTRATISTA:	YESSICA KARINA ARDILA RIOS	NIT / C.C No. :	1.233.497.420
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN Y GESTIÓN DE LOS VISTOS BUENOS Y AUTORIZACIONES DE LICENCIAS DE IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN ALLEGADAS A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$24.582.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	17 DE ENERO DEL 2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	180
FECHA DE INICIO:	2026-01-09	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-07-18
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025-01-08	HASTA:	2025-02-07
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	Dirección de Operaciones Sanitarias
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Cesar Andres Cubides Martinez		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Desarrollar actividades de visto bueno para las solicitudes de registro o licencias de importación y exportación, a través de la ventanilla única de comercio exterior VUCE o las herramientas que se dispongan, para productos competencia del INVIMA, de conformidad con la normatividad vigente.	Se revisaron 4.611 solicitudes de visto bueno asignadas a través de la plataforma VUCE del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.	Plataforma VUCE
2	Gestionar el estudio técnico y emisión de concepto para las solicitudes de Autorización de Importación y exportación asociado al comercio exterior, para productos competencia del Invima, asignada a través de las plataformas dispuesta por el Instituto	Se asignaron 4.611 autorizaciones de importación y exportación correspondientes a vistos buenos, en el marco del Decreto 249, de acuerdo con las instrucciones del coordinador, a través de la plataforma VUCE del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.	Plataforma VUCE
3	Administrar las bases de datos, respecto a las solicitudes de autorización, registros o licencias de importación y exportación emitidos a productos competencia del Invima, que permita transversalmente la toma de decisiones; de conformidad con la normatividad, guías, formatos, instructivos y procedimientos	Se diligencian bases de datos relacionadas con la asignación de licencias, manteniendo un registro propio que garantiza una distribución equitativa entre los funcionarios.	Sharepoint

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

	vigentes, y lo señalado por el supervisor del contrato.		
4	Dar trámite oportuno a las solicitudes de correspondencia, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, relacionadas con las solicitudes de importación y exportación allegadas al Grupo de Trabajo, en concordancia con la normatividad, procedimientos y guías vigentes, establecidas en las plataformas por el Invima.	Se brinda respuesta a cinco (5) solicitudes relacionadas con trámites de importación y exportación, allegadas al grupo a través del correo electrónico institucional y de la oficina virtual, correspondientes a peticiones de usuarios externos. Las respuestas se emiten conforme a los lineamientos establecidos por la entidad.	Teams- Correo electrónico
5	Asistir a las reuniones, comités, audiencias, foros, mesas de trabajo de la Dirección de Operaciones Sanitarias, que guarden relación con el objeto del contractual y/o las que sean asignadas por la supervisión.	Se asisten a las reuniones propuestas por la coordinación del grupo.	Teams
6	Presentar informes de actividades y resultados de gestión acorde con las normas, procedimientos, términos y metodologías vigentes, de acuerdo con lo señalado por el supervisor del contrato	Se anexa el informe de asignación diario de licencias de importación tramitadas por la plataforma VUCE del Ministerio de Industria y Comercio.	Excel anexo

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 **Enero** del año **2025**.

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)
1	\$ 4.097.000	\$1.750.905	30	\$ 543.400	1701390	MI PLANILLA

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique

	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	\$ 24.582.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 4.097.000
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
1	x	

Atentamente,

YESSICA KARINA ARDILA RIOS
Contratista
C.C. No. 1.233.497.420 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

CESAR ANDRES CUBIDES MARTINEZ
Coordinador grupo de autorizaciones
Y licencias para importación y exportación
Dirección Operaciones Sanitarias
Supervisor(a) Contrato 137 de 2026