

	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	YENI BIVIANA MOLINA ROBAYO		NIT/ CC No.	52857408	
CORREO ELECTRÓNICO	ymolinar@invima.gov.co		TELÉFONO	3168289007	
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	(288 de 2026)		TERMINO DE EJECUCIÓN	2026-11-26	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACION FARMACÉUTICA Y DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR LOS ESTABLECIMIENTOS EN EL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS DE SU COMPETENCIA (BIOLÓGICOS, DE SÍNTESIS QUÍMICA, SUPLEMENTOS DIETARIOS, FITOTERAPÉUTICOS, HOMEOPÁTICOS).				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-23	FECHA DE INCIO	2026-01-27	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-26

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°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	(27 de mayo al 26 de junio del 2026)
BANCO	BBVA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	0209193671

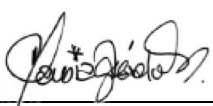
2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					

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 Ingreso a Almacén Documentos a cargo Otros. Cuales?	N/A	Facturas Ingreso a Almacén Documentos a cargo Otros. Cuales?	N/A
Pago Parafiscales	N/A		N/A		
SGSSI	SI		SI		
Carné	NO		N/A		
indique las observaciones respectivas					

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	84467110			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	Mayo	2026-06-04	\$297,700	NUEVA EPS
PENSIÓN	Mayo	2026-06-04	\$381,000	PROTECCION
ARL		AAAA-MM-DD		
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	29

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
	Consecutivo:	

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO
COORDINADORA GRUPO TECNICO DE MEDICAMENTOS DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	288 de 2026		
CONTRATISTA:	YENI BIVIANA MOLINA ROBAYO	NIT / C.C No. :	52857408-9
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y GESTIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM) A LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS SUJETOS A LA VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA ASÍ COMO EN LA ELABORACIÓN Y PROYECCIÓN DE LOS CONCEPTOS TÉCNICOS REQUERIDOS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS		
VALOR DEL CONTRATO	\$59.470.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-23	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300
FECHA DE INICIO:	2026-01-27	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-26
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-05-27	HASTA:	2026-06-26
PAGO NÚMERO:	Cinco	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO COORDINADORA GRUPO TECNICO DE MEDICAMENTOS DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar visitas de certificación, ampliación, renovación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), elaboración (BPE), laboratorio (BPL), gases medicinales (BPMG), productos fitoterapéuticos (BPMf), medicamentos homeopáticos (BPMh), medicamentos biológicos (BPMb), suplementos dietarios (BPMSd), elaboración de radiofármacos (BPER) y demás asignadas por el supervisor del contrato, a los establecimientos que fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos y/o presten servicios de salud con medicamentos en seres humanos, que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Realizar visita de renovación de Buenas Prácticas de Elaboración BPE de OSHER BIOTECNOLOGICA S.A.S., radicado inicial 20251287217	Acta de visita en el expediente 2374S

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

2	Brindar apoyo en la preparación y elaboración de los actos administrativos correspondientes, incluyendo la formulación de los fundamentos técnicos y científicos necesarios para la obtención y mantenimiento de la certificación BPx.	Brindar apoyo en la preparación de las actas de visita renovación de Buenas Prácticas de Elaboración BPE de Osher Biotecnológica S.A.S., radicado inicial 20251287217	Acta de visita en expedientes 2374S
3	Realizar visitas de verificación de requerimientos pendientes y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), elaboración (BPE), laboratorio (BPL), gases medicinales (BPMG), productos fitoterapéuticos (BPMf), medicamentos homeopáticos (BPMh), medicamentos biológicos (BPMb), suplementos dietarios (BPMSd), elaboración de radiofármacos (BPER) y demás asignadas por el supervisor del contrato a los establecimientos que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Sin actividades programadas en este periodo	No aplica
4	Proyectar los documentos resultantes de la realización de auditorías de certificación de Buenas Prácticas correspondientes asignadas por el supervisor del contrato, como son actas, resoluciones, oficios remisorios a otras dependencias, entre otros.	Sin actividades programadas en este periodo	No aplica
5	Alimentar continuamente las bases de datos que se establezcan en la Entidad para seguimiento, incorporando integralmente la información, conforme la estructuración de las herramientas del grupo.	Alimentar base de establecimientos y base de datos de programación de visitas en share point	Datos actualizados en base de establecimientos para los expedientes: 608, 2119, 1439L, 66, 66L, 2281S, 1815G, 2060L, 1857S, 1929G, 2031L y actualización de base de datos de programación de visitas.
6	Atender oportunamente con fundamento técnico las consultas, quejas o peticiones recibidas a través de los canales institucionales, conforme a la asignación del supervisor y los tiempos establecidos por la entidad.	Atender las consultas, quejas o peticiones bajo los siguientes radicados: 20261155490, 20261159456, 20261159585, 20261160157, 20261167515, 20261162423, 20261170835, 20261188217, 20261172527, 20261170773, 20261170691, 20261185888, 20261190573, 20261193651 Revisión técnica de respuestas a las consultas, quejas o peticiones bajo los siguientes: 20261158997, 20261159151, 20261159234, 20261159294, 20261159371, 20261159134, 20261159725, 20261159365, 20261155472, 20261161500, 20261167350, 20261167600, 20261138094, 20261150218, 20261150394, 20261129890.	Documentos generados: Oficios de respuesta en sesuite y Actualización base de derechos de petición en share point
7	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Sin actividades programadas en este periodo	No aplica

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

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

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

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 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)
Cinco	\$5.947.000	\$2.378.800	30	\$678.700	84467110	MIPLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$29.735.000
Saldo del contrato	\$29.735.000

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
Acta de inicio	X	
Uno (1)	X	
Dos (2)	X	
Tres (3)	X	
Cuatro (4)	X	

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

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Cinco (5)	X	

Atentamente,



Firma
YENI BIVIANA MOLINA ROBAYO
Contratista
C.C. No. 52.857.408

Recibí a satisfacción:



Firma
CLAUDIA LISANA AREVALO TORRADO
COORDINADORA GRUPO TECNICO DE MEDICAMENTOS
Supervisora Contrato 288 de 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52857408	YENI BIVIANA MOLINA ROBAYO		Carrera 1 # 6 79	8280888	yenimor@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	
						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
		84467110	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$678.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	297.400	0		0		0	1	300	0	297.700	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	380.700	0	0	0	0	1	300	0	381.000	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	297.400	297.700
Pensión	1	380.700	381.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	678.100	678.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52857408	YENI BIVIANA MOLINA ROBAYO		Carrera 1 # 6 79	8280888	yenimor@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	
						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
		84467110	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$678.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VSP	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 52857408	MOLINA ROBAYO YENI BIVIANA	3	0			N																	230201	2.378.800	30	380.700	0	0	0	0	EPS037	2.378.800	30	297.400		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA