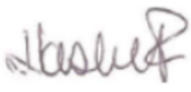

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	DIANA CAROLINA CORTÉS SARMIENTO		NIT/ CC No.	1014215391	
CORREO ELECTRÓNICO	dcortess@invima.gov.co		TELÉFONO	3196451776	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	303-2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	11 de diciembre de 2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR LOS ESTABLECIMIENTOS A LOS TRAMITES ASOCIADOS A REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS DE SU COMPETENCIA (SUPLEMENTOS DIETARIOS, FITOTERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS)				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-12	FECHA DE INICIO	2025-02-12	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-11
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 35.170.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 7.034.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.517.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 3.517.000	VALOR PAGADO	31.653.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 9
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	12 de octubre al 11 de noviembre del 2025
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	91228073135
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)					
NA					
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	
NA					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9492731800				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	1/09/2025	2025-10-20	178.000	SALUD TOTAL	
PENSIÓN	1/09/2025	2025-10-20	227.800	PORVENIR	
ARL	1/09/2025	2025-10-20	7.500	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)					
<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. 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"/> 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 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		
	2025	11	11		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
Nasly Carolina Rojas Cortés Coordinadora Grupo de Registro Sanitarios de Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios		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	303-2025		
CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA CORTÉS SARMIENTO	NIT / C.C No. :	1014215391
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR LOS ESTABLECIMIENTOS A LOS TRAMITES ASOCIADOS A REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS DE SU COMPETENCIA (SUPLEMENTOS DIETARIOS, FITOTERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS)		
VALOR DEL CONTRATO	35.170.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025-02-12	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300 días
FECHA DE INICIO:	2025-02-12	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-12-11
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025-09-12	HASTA:	2025-10-11
PAGO NÚMERO:	9	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Nasly Carolina Rojas Cortés		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en la evaluación de calidad y en la proyección de conceptos técnicos sobre solicitudes de tramites asociados de registros sanitarios de Fitoterapéuticos, medicamentos homeopáticos y suplementos dietarios de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	Apoyo en la evaluación farmacéutica de las solicitudes de registros sanitarios, y tramites asociados de competencia de la dirección de medicamentos y productos biológicos del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos - invima	20231053101, 20231068975, 20231119251, 20231123653, 20231124458, 20251292789, 20251285433, 20221247957, 20201255782, 20231133326, 20231135147, 20231139175, 20231139172, 20231140987, 20231140847, 20231142665, 20231142791, 20231144359, 20231149721, 20231151534, 20251286230, 20251280964, 20231152559, 20231157853, 20231169057, 20231179757, 20231196541, 20231199555, 20231229672, 20241018304, 20241019532, 20241019942, 20241020077, 20241040377, 20241052154, 20241064160, 20241064291, 20191046659, 20231154271, 20231156382, 20231217396. TOTAL: 41
2	Brindar apoyo en la proyección de los actos administrativos de los	Apoyo en la proyección de los actos administrativos de los tramites asociados de	20231053101, 20231068975, 20231119251, 20231123653, 20231124458, 20251292789,

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

	tramites asociados de registros sanitarios de Fitoterapéuticos, medicamentos homeopáticos y suplementos dietarios de conformidad con la normatividad sanitaria vigente y de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	registros sanitarios de Fitoterapéuticos medicamentos homeopáticos y suplementos dietarios de conformidad con la normatividad sanitaria vigente y de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	20251285433, 20221247957, 20201255782, 20231133326, 20231135147, 20231139175, 20231139172, 20231140987, 20231140847, 20231142665, 20231142791, 20231144359, 20231149721, 20231151534, 20251286230, 20251280964, 20231152559, 20231157853, 20231169057, 20231179757, 20231196541, 20231199555, 20231229672, 20241018304, 20241019532, 20241019942, 20241020077, 20241040377, 20241052154, 20241064160, 20241064291, 20191046659, 20231154271, 20231156382, 20231217396. TOTAL: 41
3	Responder las consultas y solicitudes de los interesados que estén relacionadas con tramites asociados a registros sanitarios de productos Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos, medicamentos Homeopáticos, de conformidad con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	Atención al usuario	Mónica Daniela Fernández Lozano, Andrea Vargas TOTAL: 2
4	Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos relacionadas con trámites asociados de registros sanitarios de Fitoterapéuticos, medicamentos homeopáticos y suplementos dietarios de acuerdo con el plan de trabajo asignado	Completar datos, imprimir	20221247957, 20231006447, 20231053101, 20231068975, 20231071424, 20231119251, 20231123653, 20231124458, 20251280964, 20251285433, 20251286230, 20221281661, 20231133326, 20231135147, 20231139175, 20231139172, 20231140847, 20231140987, 20231142791, 20231142665, 20231144359, 20231149721, 20231151534, 20231152559, 20231157853, 20231169057, 20231179757 TOTAL: 27
5	Asistir a las reuniones y/o mesas de trabajo relacionadas con el objeto contractual a las que sea convocado por el supervisor del contrato.	Asistencia tema fitoterapéuticos	Octubre 20, octubre 27 TOTAL: 16 horas

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

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

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.	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 septiembre 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)
9	3.517.000	1.423.500	30	413.300	9492731800	Aportes en Línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	35.170.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	31.653.000
Saldo del contrato	3.517.000

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	



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	

Atentamente,

Firma
Diana Carolina Cortés Sarmiento
Contratista
C.C. No. 1014215391.

Recibí a satisfacción:

Firma
Nasly Carolina Rojas Cortés
Coordinadora Grupo de Registro Sanitarios de
Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos
Homeopáticos y Suplementos Dietarios
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 303 de 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014215391		CORTES SARMIENTO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 20 # 11A-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8834854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861393553	9492731800	I	2025/10/22	2025/10/20	BANCOLOMBIA	0	\$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
1	CC	1014215391	CORTES DIANA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014215391		CORTES SARMIENTO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 20 # 11A-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8834854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861393553	9492731800	I	2025/10/22	2025/10/20	BANCOLOMBIA	0	\$413,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	