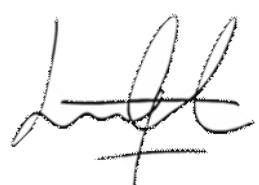
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	EYLEN RODRIGUEZ PÉREZ		NIT/ CC No.	52842991	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:eylen_rodriguez@yahoo.com">eylen_rodriguez@yahoo.com</a>		TELÉFONO	3187488600	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	402 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	11 meses - 4 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS REALIZANDO ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA VIGILANCIA POSTMERCADO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO, SEÑALIZACIÓN Y LAS LÍNEAS DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE TECNOVIGILANCIA Y REACTIVOVIGILANCIA, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REALIZADOS POR LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-27	FECHA DE INCIO	2026-01-28	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 75,829,133	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 75,829,133	VALOR A PAGAR	\$ 6,811,000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 69,018,133	VALOR PAGADO	6,811,000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(28 de enero al 27 de febrero del 2026)
BANCO	BBVA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	0086327244
<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)					
<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	NO		
Pago Parafiscales	N/A	Ingreso a Almacén	NO		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	NO		
Carné	NO	Otros. Cuales?	SI		
DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES, CERTIFICADO CUENTA BANCARIA Y RUT					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	36302732 / 36598137				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	ene-26 / feb-26	2026/03/03 - 2026/03/04	\$220.500 / \$344,700	SANITAS	
PENSIÓN	ene-26 / feb-26	2026/03/03 - 2026/03/04	\$282.200 / \$441.200	COLPENSIONES	
ARL	ene-26 / feb-26	2026/03/03 - 2026/03/04	\$9.300 / \$14.400	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.					
<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: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.</li> <li><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.</li> <li><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.</li> </ul> <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		
	2026	3	6		
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
	Nombre				
	Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD		
LIZZY CATHERINE CASTAÑEDA MORENO					
COORDINADORA GRUPO VIGILANCIA POSTCOMERCIALIZACIÓN DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS	Consecutivo:				



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

**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.

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52842991 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2026-01	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	11	280.200	2.000	282.200	
Período salud: 2026-01	EPS005	800251440	SANITAS	1	11	218.900	1.600	220.500	
Planilla Nro.: 36302732 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	11	9.200	100	9.300	
Clase de aportante: I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	11	10.600	100	10.700	
Fecha transacción: 2026-03-03	PASENSA	899999034	SENA	0	11	0	0	0	
Banco: BBVA	PAICBF	899999239	ICBF	0	11	0	0	0	
Transacción: 108142461	PAESAP	899999054	ESAP	0	11	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	11	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 522.700</b>		

PAGADO

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52842991 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión: 2026-02	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	441.200	0	441.200
Período salud: 2026-02	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	344.700	0	344.700
Planilla Nro.: 36598137 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	14.400	0	14.400
Clase de aportante: I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	16.600	0	16.600
Fecha transacción: 2026-03-04	PASENSA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco: BBVA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción: 111581616	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
<b>GRAN TOTAL</b>								<b>\$ 816.900</b>

PAGADO

**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: Eylen Rodríguez Pérez

Identificación: CC 52.842.991

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					
				-	-

3. Soy pensionado SI (  ) NO (  ), según resolución No. \_\_\_\_\_.

4. Aportes voluntarios a pensión SI (  ) NO (  ): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación<sup>1</sup>.

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** dirijase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

<sup>1</sup> 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
Miguel Ángel Montaña	7 años	Hijo	RC	1016918571

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 (  ): 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 (  ) 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 D. C a los 2 días del mes de marzo del 2026.



Firma: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos: Eylen Rodríguez Pérez  
C.C. 52.842.991



**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **EYLEN FAISURY RODRIGUEZ PEREZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 52.842.991** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 086327244** aperturada el **25 de julio de 2022**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **04** días del mes de **marzo** del año **2026**.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

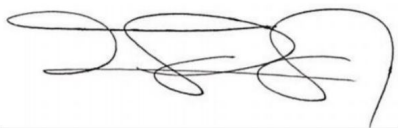
Cuenta de 10 dígitos: **0086327244**

Cuenta de 16 dígitos: **0086000200327244**

Cuenta de 20 dígitos: **00130086000200327244**


---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	402 de 2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	EYLEN RODRIGUEZ PÉREZ	<b>NIT / C.C No. :</b>	52.842.991
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS REALIZANDO ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA VIGILANCIA POSTMERCADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO, SEÑALIZACIÓN Y LAS LÍNEAS DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE TECNOVIGILANCIA Y REACTIVOVIGILANCIA, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL REALIZADOS POR LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 75.829.133		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2026-01-27	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	11 MESES 4 DIAS
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2026-01-28	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2026-12-31
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2026-01-28	<b>HASTA:</b>	2026-02-27
<b>PAGO NÚMERO:</b>	1	<b>DEPENDENCIA:</b>	DIRECCION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	LIZZY CATHERINE CASTAÑEDA MORENO		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	Apoyar en la revisión de los eventos e incidentes de dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro y equipos biomédicos que hayan sido reportados ante la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías de acuerdo con el cronograma de trabajo mensual establecido por la Coordinación del Grupo de Vigilancia Postcomercialización	- Revisión información caso COL250815853 Evento hemodinamia del café y - Revisión información caso COL231019813 E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Quindío.	- Reuniones en calendario Teams. - Revisión de las carpetas de SharePoint de cada uno de los casos.
2.	Informar a los fabricantes e importadores de los eventos o incidentes adversos reportados ante los programas de postcomercialización, de	No se realiza esta actividad durante el periodo.	No se realiza esta actividad durante el periodo.



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

	acuerdo con la normatividad sanitaria vigente y conforme a los procedimientos establecidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.		
3.	Realizar el proceso de señalización de dispositivos médicos de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido por la Coordinación del Grupo de Vigilancia Postcomercialización.	-Revisión y análisis de los videos de Signal y SOA, que hacen parte del proceso de entrenamiento en señalización. - Reuniones con la coordinadora del grupo y con el encargado de realizar la fase operativa del proceso de Signal y SOA.	-Reuniones en calendario Teams.
4.	Brindar orientación a los actores del Programa Nacional de Tecnovigilancia y Reactivovigilancia, en relación con su desarrollo e implementación y la gestión de eventos adversos con dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro	Citas de atención ciudadana realizadas en las siguientes fechas: <b>20 de febrero de 2026</b> 1. 9:00 am Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 2. 10:30 am Stryker Colombia SAS.  <b>27 de febrero de 2026</b> 1. 9:00 am: Farmalógica y Onelatam Pharma 2. 9:30 am: Coaspharma. 3. 11:30 am: Laboratorios ALCON de Colombia	-Asignación de citas en el calendario Teams. -Calendario de programación de citas. -Diligenciamiento del formato “Datos generales de orientación al ciudadano”, para cada una de las citas atendidas.
5.	Proyectar oportunamente las respuestas a peticiones en cuanto al componente técnico y que sean de competencia del Grupo de Vigilancia Postcomercialización, que estén relacionadas con el objeto contractual y le sean asignadas por el supervisor del contrato	1. Direccionamiento y respuesta a las siguientes denuncias:  <b>Total: 5</b>  -Proyección Respuesta al radicado No. 20261028189 del 30/01/2026  -Proyección Respuesta al radicado No. 20261016445 del 21/01/2026  -Proyección Respuesta al radicado No. 20261036300 del 06/02/2026.  -Proyección Respuesta al radicado No. 20261028448 del 30/01/2026	-Asignación de tareas en Sesuite. -Flujo de información en Sesuite.



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

		<p>-Proyección Respuesta al radicado No. 20261040577 del 10/02/2026.</p> <p><b>2. Consolidación Base de datos REPORTE PRESERVATIVOS/CONDONES 2025, cruce con base de datos de registros sanitarios vigentes.</b></p> <p><b>3. Consolidación Base de datos REPORTE JERINGAS/SYRINGE 2025, cruce con base de datos de registros sanitarios vigentes.</b></p>	
<p><b>6.</b></p>	<p>Asistir a las reuniones, comités o mesas de trabajo que sean convocadas por el supervisor del contrato y que guarden relación con el objeto contractual. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunión SIGNAL tecnovigilancia, el 30 de enero de 2026 de 2:00 a 3:00 pm.</li> <li>- Reunión REPORTE POA 2026, el 4 de febrero de 7:30 a 8:00 am.</li> <li>- Reunión REPORTE DE GESTION DE EIA EN POA, el 4 de febrero de 3:30 a 4:30 pm.</li> <li>- Capacitación Programa Nacional de Tecnovigilancia - Gestión de reportes, el 6 de febrero de 9:00 a 10:00 am</li> <li>- Reunión Gestión de reportes trimestrales 6 de febrero de 3:00 a 4:00 pm.</li> <li>- Reunión Mensual Grupo de Tecnovigilancia, el 9 de febrero de 2:00 a 4:00 pm Presencial.</li> <li>- Reunión Contratistas 2026 DDMOT el 10 de febrero de 11:30 a 12:30 m Presencial.</li> <li>- Reunión Entrega hurtos el 13 de febrero de 9:30 a 10:30 am.</li> <li>- Reunión Revisión Derechos de Petición Asignados, el 17 de febrero de 3:00 a 4:00 pm.</li> <li>- Reunión proyecto pasante Proceso SIGNAL el 19 de febrero de 11:30 a 12:30 m</li> <li>- ICONTEC - IECEX en Colombia: evaluación de la conformidad, certificación y uso, el 19 de febrero de 3:00 a 5:00 pm.</li> <li>- Reunión proyecto pasante el 20 de febrero de 3:30 a 4:30 pm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones programadas en el calendario Teams.</li> <li>- Listados de asistencia en forms.</li> </ul>

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

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunión Vigilancia Post-General 23 de febrero de 2:00 a 3:00 pm.</li> <li>- Capacitación Programa Nacional de Tecnovigilancia 24 de febrero de 10:00 a 11:00 am.</li> <li>- Reunión Derechos De Petición</li> <li>- Denuncias - Manejo De Sesuit 24 de febrero de 2:30 a 3:30 pm.</li> <li>- Capacitación Programa Nacional de Tecnovigilancia II el 25 de febrero de 11:30 a 12:30 am.</li> <li>- Unificación de Criterios frente al procedimiento renuencia a suministrar información y procedimiento imposición de multas en caso de renuencia, por incumplimiento de una obligación no dineraria, el 26 de febrero de 11:00 a 12:00 m.</li> <li>- Reunión proceso SIGNAL y SOA, el 26 de febrero de 3:00 a 4:00 pm.</li> </ul>
--	--	---

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, correspondientes al mes de enero y febrero del año 2026.

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

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.	\$6.811.000	\$2.757.422	30	\$ 512.000 \$ 800.300	36302732/ 36598137	ASOPAGOS


**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 75.829.133
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 6.811.000
Saldo del contrato	\$ 69.018.133


**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,

  
 Firma  
 Eylen Rodríguez Pérez  
 Contrato 402 de 2026  
 C.C. No. 52.842.991

Recibí a satisfacción:

  
 Firma  
 LIZZY CATHERINE CASTAÑEDA MORENO  
 Coordinadora Grupo Vigilancia Postcomercialización  
 Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías  
 Supervisora Contrato 402 de 2026