	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**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	YINETH BALLEN MARTINEZ	**NIT/ CC No.**	1032438459
CORREO ELECTRÓNICO	yballenm@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3107575143
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	**228 DE 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**10 MESES-21/11/2026**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PREEVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SÍINTESIS QUÍMICA Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS ENLA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-20**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-22**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-11-21**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 59.470.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 53.523.000**	**VALOR PAGADO**	**5.947.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**22 de enero de 2026 a 21 de febrero de 2026.**
BANCO	**Banco Falabella**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**111690345279**

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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**55751071**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ENERO**	**2026-02-22**	**$ 299.300,00**	**Sanitas**
PENSIÓN	**ENERO**	**2026-02-22**	**$ 283.200,00**	**Porvenir**
ARL	**ENERO**	**2026-02-22**	**$ 12.600,00**	**Positiva**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación 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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

□

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 Interventoria 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	23

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA
COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO DE SALAS ESPECIALIZADA DE LA COMISION REVISORA-DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS.

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032438459	YINETH BALLEN MARTINEZ	Calle 137a 58 70 t 5 apto 801	0000000	ybm2523@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	55751071	$695.100	

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	297.400	0		0		0	10	1.900	0	299.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	380.700	0	0	0	0	10	2.500	0	383.200	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	12.500				12.500	10	100	12.600			125	12.600	1

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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	299.300
Pensión	1	380.700	383.200
Riesgos Laborales	1	12.500	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.600	695.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032438459	YINETH BALLEN MARTINEZ	Calle 137a 58 70 t 5 apto 801	0000000	ybm2523@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	23/02/2026	55751071	$695.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1032438459	BALLEN MARTINEZ YINETH	59	0			N	X						X										230301	2.378.800	380.700	0	0	0	0	EPS005	2.378.800	297.400	14-23	2.378.800	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111690345279** con fecha de apertura **2025-12-26** de titularidad del (la) señor(a) **Yineth Ballen Martinez** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1032438459**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Veintidos (22) días del mes de febrero de 2026, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 551B60030E81

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141239202105

(415)7707212489984(8020) **000014123920210 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 3 8 4 5 9	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 3 8 4 5 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BALLEN	MARTINEZ	YINETH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
TV 70 67 B 80 SUR

42. Correo electrónico ybm2523@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 5 7 5 1 4 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 6 0 3 0 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 BALLEN MARTINEZ YINETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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: _____Yineth Ballén Martínez_
Identificación: _____c/c: 1032438459_

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 (x) NO ( )
   * $209.496.000 con UVT ($52.374) año 2026 SI (x) 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 (x) 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	Clinicos	18/07/2025	Vigente	N/A	6.500.000

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

4. Aportes voluntarios a pensión SI (x) NO ( ): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): 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 (x);

   Favor indicar la tarifa (N/A)%

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

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:

[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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Martin Emilio Ballen Martinez	6 años	Hijo	RC	1024608505

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 (X) 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 (X) anexo certificación.

   8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el (N/A)% para la deducción.

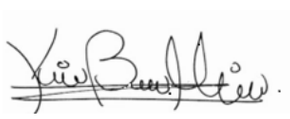
   8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO (X)

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: Yineth Ballén Martínez

C.C. 1032438459

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 24 de febrero de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **YINETH BALLEN MARTINEZ** identificado (a) con CC No. **1032438459**, Titular del Contrato No.10108160478, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MARTIN EMILIO BALLEN MARTINEZ	RC 1024608505	HIJO(A)	01-04/31-12	$918.500	$45.925	$964.425
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$204.285	$10.215	$214.500

LA SUMA DE: $1.178.925 (UN MILLON CIENTO SETENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, articulo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 24 de febrero de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **YINETH BALLEN MARTINEZ** identificado (a) con CC No. **1032438459**, Titular del Contrato No.10108177295, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MARTIN EMILIO BALLEN MARTINEZ	RC 1024608505	HIJO(A)	01-12/31-12	$177.000	$8.850	$185.850
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$0	$0	$0

LA SUMA DE: $185.850 (CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, articulo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

Bogotá D.C. Febrero 25 de 2026

Señores:
YINETH BALLEN MARTINEZ
Ciudad

COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA
CERTIFICA QUE:

El (la) señor(a) YINETH BALLEN MARTINEZ identificado(a) con CC No. 1032438459 titular del contrato INTEGRAL No. 10108177295 familia 1, registra la siguiente antigüedad para los beneficiarios pertenecientes al contrato:

NOMBRES	DOCUMENTO	ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA	ANTIGÜEDAD RECONOCIDA	ESTADO	FECHA
MARTIN EMILIO BALLEN MARTINEZ	RC 1024608505	01/12/2024	01/12/2024	ACTIVO	

Se expide a solicitud del interesado, el 25 de Febrero de 2026.

Cordialmente,
Ana Maria Jimenez S
ANA MARIA JIMENEZ SABOGAL

(*) ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA A PARTIR DE LA ÚLTIMA VINCULACION A UN CONTRATO DEL GRUPO KERALTY SIN PERDER CONTINUIDAD.
(**) ANTIGÜEDAD RECONOCIDA POR AFILIACION A EMPRESAS DE SALUD (APLICA UNICAMENTE PARA PRESTACION DE SERVICIOS).

Copia: Folder del contrato

Bogotá D.C. Febrero 25 de 2026

Señores:
YINETH BALLEN MARTINEZ
Ciudad

COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA
CERTIFICA QUE:

El (la) señor(a) YINETH BALLEN MARTINEZ identificado(a) con CC No. 1032438459 titular del contrato INTEGRAL No. 10108177295 familia 1, registra la siguiente antigüedad para los beneficiarios pertenecientes al contrato:

NOMBRES	DOCUMENTO	ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA	ANTIGÜEDAD RECONOCIDA	ESTADO	FECHA
MARTIN EMILIO BALLEN MARTINEZ	RC 1024608505	01/12/2024	01/12/2024	ACTIVO	

Se expide a solicitud del interesado, el 25 de Febrero de 2026.

Cordialmente,
Ana Maria Jimenez S
ANA MARIA JIMENEZ SABOGAL

(*) ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA A PARTIR DE LA ÚLTIMA VINCULACION A UN CONTRATO DEL GRUPO KERALTY SIN PERDER CONTINUIDAD.
(**) ANTIGÜEDAD RECONOCIDA POR AFILIACION A EMPRESAS DE SALUD (APLICA UNICAMENTE PARA PRESTACION DE SERVICIOS).

Copia: Folder del contrato

BOGOTÁ D.C. Febrero 24 de 2026

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

El(la) señor(a) BALLEN MARTINEZ,YINETH identificado(a) con CC No. 1032438459 se encuentra vinculado(a) como titular del contrato PLAN PREMIUM No. 318715275 familia 27 LIQUIDADO a la fecha.

A continuación, se certifica la antiguedad del (los) beneficiario(s) de dicho contrato:

NOMBRES	DOCUMENTO	ANTIGUEDAD REQUERIDA	ANTIGUEDAD RECONOCIDA	ESTADO	FECHA
BALLEN MARTINEZ,YINETH	CC 1032438459	01/11/2025	01/11/2025	ACTIVO	

Se expide esta constancia a solicitud del interesado en Bogotá D.C, a los 24 del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

ASTRID ANGELICA BAHOS USA

(*) ANTIGUEDAD ADQUIRIDA A PARTIR DE LA ÚLTIMA VINCULACIÓN A UN CONTRATO DE PERDER CONTINUIDAD.

(**) ANTIGUEDAD RECONOCIDA POR AFILIACIÓN A EMPRESAS DE SALUD (APLICA UNICAMENTE PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS).

Copia: Folder del contrato

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YINETH BALLEN MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.438.459**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*(No. de contrato y año)* 228 de 2026			
CONTRATISTA:	Yineth Ballén Martínez		**NIT / C.C No. :**	*1032438459*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PREEVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SÍINTESIS QUÍMICA Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS ENLA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO.			
VALOR DEL CONTRATO	59.470.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-20**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	10 MESES -2026-01-20
FECHA DE INICIO:	**2026-01-22**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-11-21**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2026-01-22**	**HASTA:**	**2023-02-21**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO DE SALAS ESPECIALIZADA DE LA COMISION REVISORA-DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la	Se informa que las tareas asignadas se han venido cumpliendo conforme al plan de trabajo establecido,	Plan de trabajo

	supervisión durante toda la ejecución del contrato.	en paralelo con el proceso de capacitación recibido. Dicho proceso se enmarca en una fase de articulación y curva de aprendizaje, orientada a fortalecer la ejecución de las actividades contractuales. La gestión realizada evidencia avances progresivos y se proyecta hacia una mejora continua en los tiempos y en la entrega de resultados, consolidando así el cumplimiento de las obligaciones contractuales	
2	Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato, entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamientos de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia de los Medicamentos de síntesis química y/o productos biológicos y/o suplementos dietarios, conforme la solicitud del titular.	Durante el presente periodo no se ha enfatizado en el cumplimiento de esta obligación, dado que me encuentro en fase de capacitación e iniciación de actividades relacionadas con las modificaciones de etiquetado, eficacia y seguridad, así como en la articulación de las funciones vinculadas a las responsabilidades contractualmente asignadas	Plan de trabajo
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos	Se ha venido trabajando en la articulación y elaboración de actos administrativos y documentos técnicos, con el fin de atender las solicitudes asignadas en el marco del contrato. Este proceso se desarrolla dentro de una curva de aprendizaje, lo cual permite avanzar progresivamente en la consolidación de las actividades y proyectar una mejora continua en la gestión y en los tiempos de respuesta.	Plan de trabajo
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros	Según tramites que lo requiera se ha venido ajustado a este ítem.	Según lo requerido en plan de trabajo.

	Sanitarios de Síntesis Química, Productos Biológicos		
5	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente, asimismo generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.	El presente item se está cumpliendo en relaciona a todas las actividades realizadas como parte de lo contractualmente establecido.	Cada actividad asignada en el plan de trabajo.
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual**.**	Hasta la fecha se ha asistido a lo asignado para capacitación y articulación en el puesto de trabajo y actividades a realizar.	Diligenciamiento de formatos de asistencia en cada una de estas.

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
2.				

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 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)

1	5947000	2.378.800	30	695.100	55751071	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

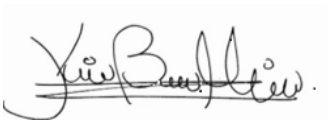
Valor total del contrato	59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	5.947.000
Saldo del contrato	53.523.000

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	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre ***CTO-228 DE 2026-PAGO 1-YINETH BALLEN MARTINEZ***.

Atentamente,



Firma
Yineth Ballén Martínez
Contratista: 3809
C.C. No. 1032438459

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sanchez
Coordinadora del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 228 de 2026