	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	**LEASLY CATALINA HERNANDEZ FORERO**	**NIT/ CC No.**	52792501-5
CORREO ELECTRÓNICO	lhernandezf@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3012856920
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	**230-2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**300 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO.**		

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

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 01**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(22 de enero al 21 de febrero del 2026)**
BANCO	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**34320986**

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)

N/A

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	SI		**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	**50591749**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ENERO**	**12/02/2026**	**220.200**	**ALIANSALUD**
PENSIÓN	**ENERO**	**12/02/2026**	**281.900**	**COLPENSIONES**
ARL	**ENERO**	**12/02/2026**	**9.300**	**POSITIVA**
CAJA DE COMPENSACIÓN	**ENERO**	**12/02/2026**	**10.700**	**COMPENSAR**

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 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 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	26

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA

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	52792501	LEASLY CATALINA HERNANDEZ FORERO	Calle 157C No. 91-86 Apto 901 Torre 1	6013024098	chernandezforero@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50591749	$522.100	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	218.900	0		0		0	9	1.300	0	220.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	9	1.700	0	281.900	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	9	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	9	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	220.200
Pensión	1	280.200	281.900
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	518.900	522.100

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**
CC	52792501	LEASLY CATALINA HERNANDEZ FORERO		Calle 157C No. 91-86 Apto 901 Torre 1	6013024098	chernandezforero@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	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50591749	$522.100	

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**	**Estornado**	**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	52792501	HERNANDEZ FORERO LEASLY CATALINA	59	0			N								X									25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS001	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

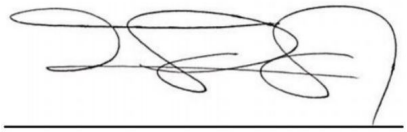
Que nuestro(a) cliente **LEASLY CATALINA HERNANDEZ FORERO**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 52.792.501** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 034320986** aperturada el **14 de mayo de 2015**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **23** días del mes de **febrero** 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: **0034320986**
Cuenta de 16 dígitos: **0034000200320986**
Cuenta de 20 dígitos: **00130034000200320986**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141238320290

(415)7707212489984(8020) **000014123832029 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 9 2 5 0 1	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	5 2 7 9 2 5 0 1	

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
HERNANDEZ	FORERO	LEASLY	CATALINA

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: CL 157 C 91 86 AP 901 TO 1 BRR SALITRE DE SUBA

42. Correo electrónico: chernandezforero@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 6 1	6 0 1 3 0 2 4 0 9 8	3 0 1 2 8 5 6 9 2 0

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 1 4 1 0 1 3						

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 HERNANDEZ FORERO LEASLY CATALINA

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. 23/02/2026

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: Leasly Catalina Hernández Forero
Identificación: C.C.: 52.792.501

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 ( ) NO (X) 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 (X), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (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 ( )%

Si en numeral 6 marco **S**I 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
N/A				
N/A				
N/A				

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 ( )% 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 23 días del mes de febrero del 2026.

Firma: Leasly Catalina Hernandez Forero

Nombres y Apellidos: Leasly Catalina Hernández Forero

C.C. 52.792.501 Btá

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S. A.

NIT. 800.106.339-1

CERTIFICA :

Que el señor(a) HERNANDEZ FORERO LEASLY CATALINA identificado(a) con CC No. 52792501 tiene el contrato No. 31038242 de Medicina Prepagada, el cual ampara a las siguientes personas:

Nombre	Identificación	F. Ini Vig	F. Fin Vig	Parentesco	Valor
HERNANDEZ FORERO LEASLY CATALINA	CC 52792501	22/11/2013	21/11/2026	TITULAR	3,454,227
FORERO DE HERNANDEZ FABIOLA	CC 41555249	22/11/2013	21/11/2026	PADRES	11,015,878
HERNANDEZ BALLESTEROS HECTOR MIGUEL	CC 19177323	22/11/2013	21/11/2026	PADRES	11,015,878
TOQUICA HERNANDEZ ISABELLA	RC 1014896481	22/06/2017	21/11/2026	OTROS	3,587,661
HERNANDEZ FORERO NELSY JOHANNA	CC 53160675	22/11/2013	21/11/2026	OTROS	3,587,661

Fecha de Pago	Cuota	Interes Mora	IVA	Interes Mora IVA	Valor Pagado
01/01/2025	2,334,267	0	116,713	0	2,450,980
02/02/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
03/03/2025	2,592,167	0	129,609	0	2,721,776
03/04/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
03/05/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
02/06/2025	2,592,167	0	129,609	0	2,721,776
01/07/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
02/08/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
01/09/2025	2,592,167	0	129,609	0	2,721,776
01/10/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775
02/11/2025	2,592,167	0	129,609	0	2,721,776
03/12/2025	2,592,167	0	129,608	0	2,721,775

El valor cancelado por Unidad de Pago por Directo UPD para el año 2025 corresponde a $2.117.100. Esta información se genera con cuentas médicas ya aprobadas, no incluye cuentas médicas en proceso y/o en definición.

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/01/2025 al 31/12/2025 para efectos de disminuir la base de retención en la fuente.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT (796,784 año 2025)

Los pagos por salud que dan derecho al descuento son de manera exclusiva, los efectuados por el trabajador en contratos de prestación de servicios a las empresas de Medicina Prepagada, de los cuales se beneficie el trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes.

Expedida en la ciudad de BOGOTA a los 23 dias del mes de Febrero de 2026

FIRMA AUTORIZADA

	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	230-2026			
CONTRATISTA:	LEASLY CATALINA HERNANDEZ FORERO		**NIT / C.C No. :**	52792501-5
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO.			
VALOR DEL CONTRATO	$59.470.000,00			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026/01/20		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	300 días
FECHA DE INICIO:	2026/01/22		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2026/11/21
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2026/01/22	**HASTA:**	2026/02/21
PAGO NÚMERO:	01		**DEPENDENCIA:**	**DMPB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato.**	**Evaluación de Vitales no disponibles y Preconceptos.**	<u>EVALUACION DE VITALES NO DISPONIBLES</u> • 20251308329 • 20251295118 • 20251301334 • 20251374892 • 20251314152 • 20251351418 • 20251345072 • 20251361340 • 20251291755 • 20251310598 • 20251301073 • 20251375007 • 20251340036 • 20251365107 • 20251298427

			• 20251293229 • 20251347832 • 20251222239 • 20251240172 • 20251244283 • 20251308465 • 20251334049 • 20251303182 • 20251240172 • 20251339951 • 20251270083 <u>SOLICITUD Y ANALISIS DE PRINCIPIOS ACTIVOS</u> • Amiodarona Solución Inyec 150mg • Aziatropina tableta 50mg • Betametasona Sodio Fosfato Solución Inyectable 4 mg/ml y 8 mg /2 ml • Betametasona Sodio Fosfato Solución Inyectable 4 mg/ml y 8 mg /2 ml • Bicarbonato de Sodio Solución Inyectable 1 meq/ml • Carbamazepina Retard Tableta • Citrato de Cafeína 20mg/1ml Equivalente A Cafeína Base 10 Mg - Ampolla X 1ml - Solución Inyectable • Dapagliflozina + Metformina tableta recubierta de liberación prolongada • Difenhidramina Clorhidrato Solución Inyectable • Dipiridamol Sln Inyectable 10mg/2ml amp • Enalapril Tableta 20 mg • Escitalopram Oxalato equivalente a Escitalopram Base tableta 10 mg • Espiramicina Base 3.000.000 UI tableta

			• Febuxostat Cápsula Blanda 80 mg y 120 mg • Fentanilo Solución Inyectable • Fracción Flavónica Purificada Micronizada (Diosmina 90% + Hesperidina 10%) Tableta 500 mg • Gabapentina Tableta 600 mg • Hidroxicina Clorhidrato Solución Inyectable 100 mg/ 2 ml • Hidroxicina Clorhidrato Tableta 25 mg • Levofloxacina Solución Inyectable • Sulfametoxazol + Trimetoprima Solución Inyectable • Sumatriptán + Naproxeno Tableta 85 mg + 500 mg Teriparatida Solución Inyectable 250 mcg/ml Jeringa Prellena Por 0.08 ml
2	**Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión por cada mes de ejecución del contrato, entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamiento 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.**	**No se requirió**	No se requirió
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.**	**Correspondencia – Sesuite y respuesta al correo electrónico**	<u>RESPUESTAS A CORRESPONDENCIA Y AL CORREO ELECTRONICO</u> • 20261014191 • 20262002912 • 20261012096 • 20261012567 • 20261025175 • 20263001313 • 20261032914 • 20261030209 • 20261038795

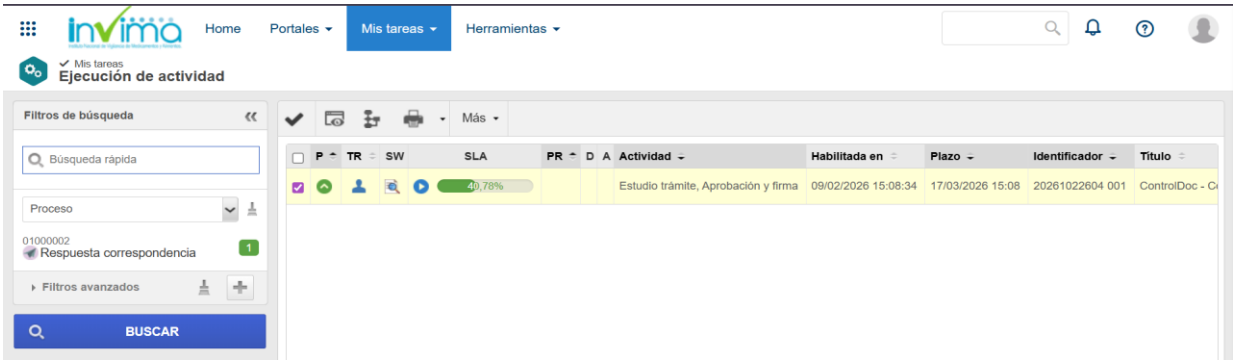
			• Rta correos GACR – Estado de trámite. • Rta correos GACR – Estado de trámite. • Rta correos - GBT Preguntas frecuentes Pagina Web.
4	**Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros Sanitarios de Síntesis química, Productos Biológicos.**	**Actualización y verificación de listados**	No se requirió
5	**Aplicar los procesos, procedimiento y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente, asimismo generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados como se presentan cambios normativos que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.**	**No se requirió**	No se requirió
6	**Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual,**	**Reuniones programadas por Teams Microsoft.**	<u>CAPACITACIONES / REUNIONES</u> • Capacitación de vitales no disponibles • Capacitación Presentación integrantes del grupo • Capacitación Introducción: Generalidades Invima y DMPB • Capacitación Introducción: Generalidades del Grupo • Capacitación Código del Proceso Administrativo y de lo contencioso • Capacitación Normativa y Procesos generales • Capacitación Tipos de trámites y Flujos en el sistema • Capacitación Conflicto de interés • Capacitación Supervisión de contratos y cuentas de cobro • Capacitación Tarifas y formularios de medicamentos • Capacitación Planes de Trabajo-Tiempos de estudio • Capacitación más de un paciente • Capacitación Manejo aplicativos

			• Capacitación Generalidades de actos administrativos • Capacitación CTD y Taller manejo FIES • Capacitación Desabastecimiento: Normativa y Procesos generales • Capacitación Manejo de Bases y listados-Desabastecimiento • Capacitación Gestión alertas x correo y correspondencia • Capacitación Evaluación por pares-Desabastecimiento • Capacitación Revisión Guías Clínicas • Capacitación Guías de Práctica Clínica, Calificaciones y Panorama EMA de desabastecimiento • Capacitación (Sesión 1) Socialización / Grupos y Funcionamiento de la DMPB • Capacitación (Sesión 2) Socialización / Grupos y Funcionamiento de la DMPB • Capacitación (Sesión 3) Socialización / Grupos y Funcionamiento de la DMPB • Capacitación (Sesión 4) Socialización / Grupos y Funcionamiento de la DMPB • Evaluación de sesiones de socialización Capacitación y realización de vitales no disponibles • Evaluación por pares • Reunión – Trabajo de desabastecimiento 2026 • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Socialización Formatos Cuentas de Cobro • Reunión - Plan de trabajo Grupo de desabastecimiento • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Inicio Planes De Trabajo y Conflicto de Interés • Reunión - VARIOS TITULARES en Salas

			Especializadas de Medicamentos • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Aspectos generales de desabastecimiento - Biológicos

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

PANTALLAZO SESUITE



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 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)
01	$ 1.750.905	40%	30	$ 522.100	50591749	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

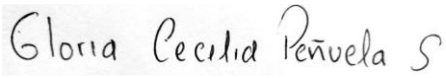
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	x	

Atentamente,



Firma
Leasly Catalina Hernández Forero
Contratista
C.C. No. 52.792.501 Bogotá

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinador
Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Supervisor Contrato 230 de 2026