	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 COMISIÓN 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**	**$ 53.523.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 47.576.000**	**VALOR PAGADO**	**11.894.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 02**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(22 de febrero al 21 de marzo 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		**67566983**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO**	**12/03/2026**	**299.200**	**ALIANSALUD**
PENSIÓN	**FEBRERO**	**12/03/2026**	**383.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**FEBRERO**	**12/03/2026**	**12.600**	**POSITIVA**
CAJA DE COMPENSACIÓN	**FEBRERO**	**12/03/2026**	**14.400**	**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	3	24	

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67566983	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,378,800	$709.200	

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	297.400	0		0		0	9	1.800	0	299.200	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	380.700	0	0	0	0	9	2.300	0	383.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.500				12.500	9	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.300	9	100	14.400	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	297.400	299.200
Pensión	1	380.700	383.000
Riesgos Laborales	1	12.500	12.600
CCF	1	14.300	14.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	704.900	709.200

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	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67566983	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,378,800	$709.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52792501	HERNANDEZ FORERO LEASLY CATALINA	59	0			N							X										25-14	2.378.800	30	380.700	0	0	0	0	EPS001	2.378.800	30	297.400	14-23	2.378.800	30	1	12.500	CCF24	2.378.800	30	14.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	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:**	2026/02/22	**HASTA:**	2026/03/21
PAGO NÚMERO:	02		**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.**	**Solicitud, análisis y calificación de principios activos y Preconceptos.**	<u>CALIFICACIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS</u> • Calificación de disponibilidad Amiodarona Solución Inyec 150mg • Calificación de disponibilidad Aziatropina tableta 50mg • Calificación de disponibilidad Betametasona Sodio Fosfato Solución Inyectable 4 mg/ml y 8 mg /2 ml • Calificación de disponibilidad Betametasona Sodio Fosfato Solución

			Inyectable 4 mg/ml y 8 mg /2 ml • Calificación de disponibilidad Bicarbonato de Sodio Solución Inyectable 1 meq/ml • Calificación de disponibilidad Carbamazepina Retard Tableta • Calificación de disponibilidad Citrato de Cafeína 20mg/1ml Equivalente A Cafeína Base 10 Mg - Ampolla X 1ml - Solución Inyectable • Calificación de disponibilidad Dapagliflozina + Metformina tableta recubierta de liberación prolongada • Calificación de disponibilidad Difenhidramina Clorhidrato Solución Inyectable • Calificación de disponibilidad Dipiridamol Sln Inyectable 10mg/2ml amp • Calificación de disponibilidad Enalapril Tableta 20 mg • Calificación de disponibilidad Escitalopram Oxalato equivalente a Escitalopram Base tableta 10 mg • Calificación de disponibilidad Espiramicina Base 3.000.000 UI tableta • Calificación de disponibilidad Febuxostat Cápsula Blanda 80 mg y 120 mg • Calificación de disponibilidad Fentanilo Solución Inyectable • Calificación de disponibilidad Gabapentina Tableta 600 mg • Calificación de disponibilidad Hidroxicina

			Clorhidrato Solución Inyectable 100 mg/ 2 ml • Calificación de disponibilidad Hidroxicina Clorhidrato Tableta 25 mg • Calificación de disponibilidad Sulfametoxazol + Trimetoprima Solución Inyectable • Calificación de disponibilidad Sumatriptán + Naproxeno Tableta 85 mg + 500 mg <u>SOLICITUD Y ANALISIS DE PRINCIPIOS ACTIVOS</u> • Fracción Flavónica Purificada Micronizada (Diosmina 90% + Hesperidina 10%) Tableta 500 mg • Levofloxacina Solución Inyectable • Teriparatida Solución Inyectable 250 mcg/ml Jeringa Prellena Por 0.08 ml • Betametasona Sodio Fosfato Suspensión Inyectable • Candesartan Cilexetil + Hidroclorotiazida tabletas • Fampridina (4-Aminopiridina) tabletas • Toxoide De Difteria (>= 30 Ui) 25.00000 Lf | Toxoide De Tetano (>= 60 Ui) 5.50000 Lf | Bordetella Pertussis - Celula Entera (>= 4 Ui) • Toxoide Purificado De Difteria 30lf (>=20 Ui) 30.00000 Lf | Toxoide Purificado De Tétano 10lf (>=40 Ui) 10.00000 Lf | Toxoide Purificado Adsorbido • Toxoide Purificado De Difteria 30lf (>=20 Ui) 30.00000 Lf | Toxoide Purificado De Tétano 10lf

			(>=40 Ui) 10.00000 Lf | Toxoide Purificado Adsorbido • Toxoide Difterico (Mayor O Igual 20ui) 30.00000 Lf | Toxoide Tetanico (Mayor O Igual 40ui) 10.00000 Lf | Antigenos De Bordetella Pertusis • Toxoide Difterico 2.00000 Iu | Toxoide Tetanico 20.00000 Iu | Toxoide Pertussis 8.00000 Mcg | Hemaglutinina Filamentosa • Toxoide Pertusico Adsorbido 2.50000 Æg | Hemaglutinina Filamentosa Adsorbida 5.00000 Æg | Fimbrias Tipos 2 Y 3 Adsorbidas • Toxoide Difterico No Menos De 30.00000 Ui | Toxoide Tetanico No Menos De 40.00000 Ui | Antígenos De Bordetella Pertussis • Toxoide Difterico (No Menos De) 30.00000 Ui | Toxoide Tetanico (No Menos De) 40.00000 Ui | Antigenos De Bordetella Pertussis <u>CALIFICACIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS</u> • Calificación de disponibilidad Fracción Flavónica Purificada Micronizada (Diosmina 90% + Hesperidina 10%) Tableta 500 mg • Calificación de disponibilidad Levofloxacina Solución Inyectable • Calificación de disponibilidad Teriparatida Solución Inyectable 250 mcg/ml Jeringa Prellena Por 0.08 ml

			• Calificación de disponibilidad Betametasona Sodio Fosfato Suspensión Inyectable • Calificación de disponibilidad Candesartan Cilexetil + Hidroclorotiazida tabletas • Calificación de disponibilidad Fampridina (4-Aminopiridina) tabletas <u>PRECONCEPTOS</u> • Metoclopramida Sol Inyectable • Metilprednisolona Sol Inyectable
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> • 20261054024 • 20261051329 • 20261059540 • 20261058866 • 20261067160 • Rta correos soporte técnico – científico del medicamento Siltuximab (Tutela) • Rta correos Respuesta a gestores farmacéuticos
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**	• Actualización del listado de abastecimiento y desabastecimiento de medicamentos

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> • Reunión - Nueva Funcionalidad Gestión de Respuestas y Comunicaciones Sistema Sesuite - Correspondencia y PQRDS • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Inclusión de medicamentos al listado de abastecimiento • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Entrega listado de medicamentos desabastecidos • Reunión - Inclusión de reporte de gestores farmacéuticos a la gran base • Reunión - Revisión comentarios Minsalud listado • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Capacitación preconceptos • Reunión - COMPES LGBTIQ+ • Reunión - Invima, Minsalud abastecimiento • Reunión - Formatos COMPES LGBTIQ+ • Reunión - Inmunoglobulinas

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, 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)
02	$ 2.378.800	40%	30	$ 709.200	67566983	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11.894.000
Saldo del contrato	$ 47.576.000

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
2	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 230/2026 – Pago 2 – Leasly Catalina Hernández Forero

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