	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**225 de 2026**			
CONTRATISTA:	**Katherin Quintero Parra**		**NIT / C.C No. :**	52.809.300
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 EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO			
VALOR DEL CONTRATO	CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROSCIENTEOS SETENTA MIL PESOS MCTE ($ 59.470.000)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026/01/21		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	300
FECHA DE INICIO:	2026/01/22		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2026/11/21
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2026/03/22	**HASTA:**	2026/04/21
PAGO NÚMERO:	TERCERO (3)		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ** Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo de se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato	**Generación de agenda para la sala especializada**	**Radicados Nros.:** 20251175623 20251178951 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361 20251193409 20251212832 20251214144 20251230502 20251233349 20251234350 20251237917 20251240038 20251240194 20251241490 20251249687

			20251117144 20251117177 20251127494 20251136425 20251136765 20251141768 20251141804 20251142979 20251168125 20251168263 20251174495 20251175390 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361
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, realizando agendamientos de tramites 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 a la solicitud del titular.	**Generación de agenda para la sala especializada**	**Radicados Nros.:** 20251175623 20251178951 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361 20251193409 20251212832 20251214144 20251230502 20251233349 20251234350 20251237917 20251240038 20251240194 20251241490 20251249687 20251117144 20251117177 20251127494 20251136425 20251136765 20251141768 20251141804 20251142979 20251168125 20251168263 20251174495 20251175390 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para tender las solicitudes presentadas por los titulares de registros sanitarios.	**Atenciones a usuario**	**Radicados Nro.:**

	relacionados con los asuntos de su competencia o los que les sean asignados		
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de registros sanitarios de síntesis química, productos biológicos	**Programación agendas**	**Radicados Nros.:** 20251175623 20251178951 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361 20251193409 20251212832 20251214144 20251230502 20251233349 20251234350 20251237917 20251240038 20251240194 20251241490 20251249687 20251117144 20251117177 20251127494 20251136425 20251136765 20251141768 20251141804 20251142979 20251168125 20251168263 20251174495 20251175390 20251179610 20251181866 20251188322 20251190361
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.	**No aplica**	**No aplica**
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informara si la asistencia es presencial o virtual.	**Actividades adicionales**	Capacitación y entrenamiento para agendamientos

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
NA.	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 **marzo del año 2026.**

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. de planilla	Planilla Expedida por (operador)
03	$ 5.947.000	$ 2.378.800	30	690.600 (EPS, Pensión y ARL)	690.600	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 17.841.000
Saldo del contrato	$ 41.629.000

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
Acta de inicio		
Cuenta de cobro: Pago 3	X	

Atentamente,

Katherin Quintero Parra

Katherin Quintero Parra
Contratista
C.C. No. 52.809.300 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

_____

Firma
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Cargo: Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 225 de 2026

	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	**Katherin Quintero Parra**	**NIT/ CC No.**	52809300
CORREO ELECTRÓNICO	kquinterop@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3108049727
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	**225 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, PRE EVALUANDO 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 EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO**		

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 47.576.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 41.629.000**	**VALOR PAGADO**	**17.841.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**No aplica**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**22 de marzo 2026 al 21 abril de 2026**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**20235892634**

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**	NO	
Pago Parafiscales	SI		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		76489476		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**abr-26**	**2026-04-30**	**$ 297.400**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**abr-26**	**2026-04-30**	**$ 380.700**	**COLPENSIONES**
ARL	**abr-26**	**2026-04-30**	**$ 12.500**	**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 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	5	4	
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
	Nombre			
	Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD
Gloria Cecilia Peñuela Sanchez **Coordinadora grupo de apoyo de las salas especializadas de la comision revisora - Dirección de medicamentos y productos biologicos**	**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	52809300	KATHERIN QUINTERO PARRA	Calle 70d No. 61 - 34	6307824	kathy_quintero@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76489476	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$690.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.400	0		0		0	0	0	0	297.400	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	0	0		380.700	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	0	0	12.500			125	12.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	297.400
Pensión	1	380.700	380.700
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.600	690.600

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	52809300	KATHERIN QUINTERO PARRA	Calle 70d No. 61 - 34	6307824	kathy_quintero@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76489476	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$690.600	

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	Excentado	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 52809300	QUINTERO PARRA KATHERIN	57	0			N																	25-14	2.378.800	30	380.700	0	0	0	0	EPS008	2.378.800	30	297.400	14-23	2.378.800	30	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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