
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	JUAN SEBASTIAN FORERO CHAVEZ		NIT/ CC No.	1110576122	
CORREO ELECTRÓNICO	juasforerocha@outlook.es		TELÉFONO	3127986919	
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	423 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	2026-12-28	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-28	FECHA DE INICIO	2026-02-02	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-28
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 36.220.700	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 36.220.700	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 32.897.700	VALOR PAGADO	3.323.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 1
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	02 de Febrero al 01 de Marzo de 2026
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	60500007439
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	NO		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?		
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9498343237 - 9500397086 □				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-02	2026-02-09	\$ 218.900,00	SALUD TOTAL	
PENSIÓN	2026-02	2026-02-09	\$ 280.200,00	COLPENSIONES	
ARL	2026-02	2026-02-26	\$ 9.200,00	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
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)					
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. <input type="checkbox"/> 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:		AAAA	MM	DD	
		2026	3	11	
 SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR DIRECTOR TECNICO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS – DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS		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.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110576122		FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 5B 75-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127986919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	47080197	9498343237	I	2026/03/06	2026/02/09	NEQUI	0	\$499,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1110576122	FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN																	25-14	30	EP5002	30		0		0	0	No
Total Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110576122		FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 5B 75-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127986919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-02	2026-02	47080197	9498343237	I	2026/03/06	2026/02/09	NEQUI		0	\$499,100

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
TOTAL				1	\$499,100	\$0	\$0	\$499,100		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110576122		FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 5B 75-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127986919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	90908232	9500397086	N	2026/03/06	2026/02/26	NEQUI	0	\$9,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC 1110576122	FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN								A										25-14	30	EP5002	30		0	14-23	0	0	No
2	CC 1110576122	FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN	R							C										25-14	30	EP5002	30		0	14-23	30	0	No
Total Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110576122		FORERO CHAVEZ JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 5B 75-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3127986919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-02	2026-02	90908232	9500397086	N	2026/03/06	2026/02/26	NEQUI		0	\$9,200

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200		
TOTAL				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200		

Certificación Bancaria

Domingo, 08 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN SEBASTIAN FORERO CHAVEZ identificado(a) con CC 1110576122, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	60500007439	2023-01-19	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

**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: Juan Sebastian Forero Chavez

Identificación: CC. 1110576122

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 (X) NO (): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

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 **SI** 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

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

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicionales por salud SI () NO (X) : 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 a los 11 días del mes de marzo del 2026

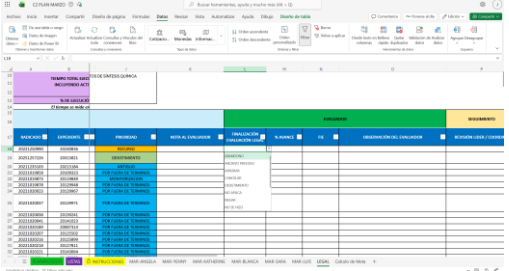
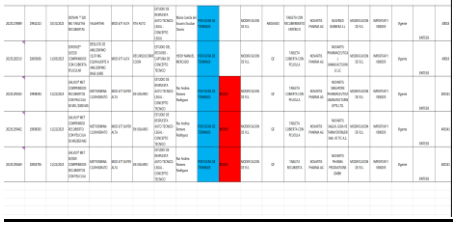
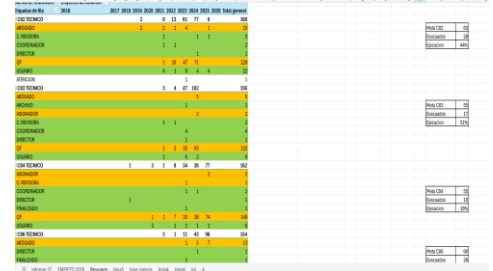
Firma: Juan Sebastian Forero Chavez
Nombres y Apellidos: Juan Sebastian Forero Chavez
C.C. 1110576122

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	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) 423 DE 2026		
CONTRATISTA:	JUAN SEBASTIAN FORERO CHAVEZ	NIT / C.C No. :	1110576122
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 36.220.700		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-28	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	10 meses y 23 días.
FECHA DE INICIO:	2026-02-02	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-12-28
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-02-02	HASTA:	2026-03-01
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo en el proceso de planeación, elaboración, asignación, reasignación y seguimiento de los planes de trabajo que se requieran en los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, en los aplicativos destinados en el instituto, de acuerdo con las directrices y lineamientos impartidos por el supervisor del contrato.	He actualizado la base maestra, asignando y reasignando planes de trabajo según las solicitudes de los coordinadores y funcionarios, asegurando el seguimiento de cada trámite.	Se creo y aplico una plantilla en Excel para la disposición del plan de Trabajo de los técnicos y legales en las correspondientes células C2, C3, C4, C6, C7, C11 y C12. Donde a partir de esta plantilla se han dispuesto los planes de trabajo de las personas teniéndose un criterio de organización de términos de prioridad de los tramites y fechas de antigüedad. A su vez se configuro una serie de listas para el diligenciamiento de los técnicos y



			<p>legales.</p>  <p>Link: Modelos</p>
<p>2</p>	<p>Brindar apoyo en el proceso de reparto, firma y notificación de los Actos Administrativos emitidos por el director técnico de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.</p>	<p>NO REALIZADA EN EL MES</p>	<p>NO APLICA</p>
<p>3</p>	<p>Preparar y entregar informes relacionados con el estado de los trámites y las actividades a cargo de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, cuando sean requeridos por el director técnico o por el supervisor del contrato.</p>	<p>He preparado informes en Excel sobre estados de trámites en las correspondientes células.</p>	<p>Se ha realizado seguimiento a los correos de solicitud de evaluación de estado de trámites como por ejemplo de Novartis o trámites correspondientes de medicamentos priorizados por desabastecimiento, donde estas tareas son solicitadas por el líder de planeación para su tratamiento y seguimiento de los correspondientes tramites.</p>  <p>A partir de la actualización de la base maestra y el cálculo de tramites que cada funcionario debe desarrollar en el mes; se ha desarrollado el análisis de los trámites pendientes año a año en las correspondientes células y a partir de estos valores se evalúa su porcentaje de desempeño.</p> 

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

de su apoyo, así como en los demás asuntos que se encuentren relacionados con el objeto contractual.	aportando información sobre la distribución de planes de trabajo y el estado de los trámites en curso.	presencial y virtual, a su vez también se ha asistido y participado en reuniones de capacitaciones de actualización de base maestra, funcionamiento de los tramites y como también brindado aclaraciones a técnicos sobre el funcionamiento del plan de trabajo
--	---	---

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.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 febrero 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	\$3.323.000	\$1.750.905	30	\$218.900 EPS \$280.200 SALUD TOTAL COLPENSIONES	9498343237	Aportes en línea
2	\$3.323.000	\$1.750.905	30	\$9.200 ARL POSITIVA	9500397086	Aportes en línea

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$36.220.700,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$3.323.000,00
Saldo del contrato	\$32.897.700,00

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 PAGO N° 001 Juan Sebastian Forero Chavez Contrato N°423.

Atentamente,

Juan Sebastian Forero Chavez

JUAN SEBASTIAN FORERO CHAVEZ
Contratista
C.C. No. 1.110.576.122

Recibí a satisfacción:

Sandra Maria Montoya Escobar
SANDRA MARIA MONTOYA ESCOBAR
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 423 de 2026

Juan Forero