	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	**Diana Jazmin Londoño Marin**	**NIT/ CC No.**	1016012246
CORREO ELECTRÓNICO	dlondonom@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3028581135
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**N/A**	
No. CONTRATO	**075 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**340 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, DE ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE ARCHIVO, DERIVADOS DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS EXPEDIDOS POR LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-14**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-14**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-12-23**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.200.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 22.400.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.400.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 20.000.000**	**VALOR PAGADO**	**7.200.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**10 de abril de 2026 al 09 de mayo de 2026**
BANCO	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**693000436**

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	NO	**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		**71048500 (marzo) y 75869466 (abril)**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ABRIL 2026**	**2026-04-16**	**$ 218.900**	**EPS SURA**
PENSIÓN	**ABRIL 2026**	**2026-04-16**	**$ 280.200**	**PORVENIR**
ARL	**ABRIL 2026**	**2026-04-16**	**$ 9.200**	**POSITIVA SEGUROS**

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	5	11	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
ELIANA KATHERINE GÓMEZ MEJÍA **Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria**	**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

	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
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	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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
		71048500	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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
		71048500	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

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 1016012246	LONDOÑO MARIN DIANA JAZMIN	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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
		75869466	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1016012246	DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN	CRA 11 65 70 sur	3028581135	danaja1988@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
		75869466	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.300	

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 1016012246	LONDOÑO MARIN DIANA JAZMIN	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

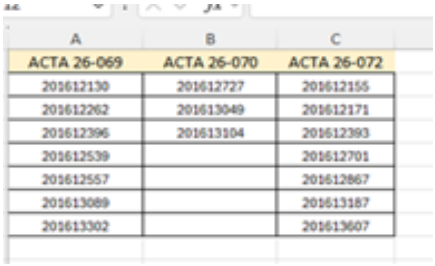
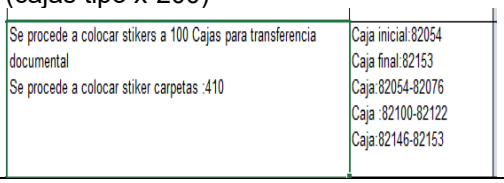
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

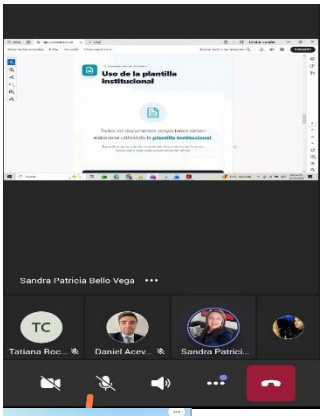
No. CONTRATO	**075 DE 2026**		
CONTRATISTA:	**DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN**	**NIT / C.C No.:**	1016012246
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, DE ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE ARCHIVO, DERIVADOS DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS EXPEDIDOS POR LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA		
VALOR DEL CONTRATO	VENTICIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($27.200.000).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-14**	**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**340 días**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-14**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-12-23**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE: 2026-04-10**	**HASTA:**	**2026-05-09**
PAGO NÚMERO:	**(3)**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Responsabilidad Sanitaria**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ELIANA KATHERINE GÓMEZ MEJÍA** Directora Técnica - Dirección Responsabilidad Sanitaria		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo en las gestiones procedimentales necesarias dentro de los procesos sancionatorios en curso, incluyendo la preparación y trámite de notificaciones, comunicaciones y demás documentos que correspondan.	Para el presente periodo se realiza comunicación y notificación de autos de inicio y traslado correspondientes a los procesos, **ABRIL** -201614905-201614995-201615126-201613399--201613604-201613329-201613855-201615249-201613329-201613422-201615201-201613855-201615249-201613566-201614550-201614015-201613155 **MAYO** 201613377 los cuales fueron enviados a través del correo de notificacionesDRS@invima.gov.co, asegurando el cumplimiento de los términos legales y el debido proceso.	Procesos que se encuentran en carpeta compartida, grupo de secretaria Técnica, **INFORMES DE PRODUCCION - ABRIL 2026.004 ABRIL** INFORMES DE PRODUCCIÓN

2	Prestar apoyo para la elaboración, emisión y publicación de avisos y demás comunicaciones requeridas, de conformidad con las actuaciones adelantadas por los grupos de trabajo de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria	Para el presente periodo se realizó los avisos de procesos: 201613566/201614015/201614550/201613422/201615201 correspondientes autos de traslado.	Procesos que se encuentran en carpeta compartida, grupo de secretaria Técnica, **INFORMES DE PRODUCCION - ABRIL 2026.004 ABRIL** INFORMES DE PRODUCCIÓN
3	Prestar apoyo en la organización, seguimiento y actualización de las herramientas tecnológicas de los procesos de la Dirección de responsabilidad sanitaria, que sean entregados por los Grupos funcionales para archivo de gestión, archivo central y/o cobro coactivo y persuasivo, de modo que permita realizar el seguimiento y control a cada una de las actuaciones procesales y al estado de los procesos sancionatorios.	Para el presente periodo se realiza la actualización de las bases de inventario documental para archivo y cobro coactivo abril **Se recibe a la fecha 17** procesos, entregados con las actas: 26-069/ 26-070/26-072  A: ACTA 26-069: 201612130, 201612262, 201612396, 201612539, 201612557, 201613089, 201613302 B: ACTA 26-070: 201612727, 201613049, 201613104 C: ACTA 26-072: 201612155, 201612171, 201612393, 201612701, 201612867, 201613187, 201613607	Procesos que se encuentran en carpeta compartida, grupo de secretaria Técnica, **inventario de archivo 2026.** ARCHIVO 2026 Procesos que se encuentran en carpeta grupo Apoyo Transversal DRS, Constancia ejecutoria, **Base para entrega Coactiva.** Base para entrega Coactiva 2026.xlsx
4	Prestar apoyo en la organización de los expedientes que se encuentran en el archivo de gestión de la DRS y a cargo del Grupo de Secretaría Técnica, a través de la adecuada foliación, elaboración, ajuste, de las carpetas o de su cambio de rótulos.	Se prestó apoyo en la correcta organización de los expedientes archivados en nuestro espacio de la DRS, garantizando las normas archivísticas. Total, Procesos 17. Prestación de servicios logísticos para la rotulación técnica de 100 cajas para archivo central, incluyendo la codificación con stikers (cajas tipo x-200)  Se procede a colocar stikers a 100 Cajas para transferencia documental Se procede a colocar stiker carpetas :410 Caja inicial:82054 Caja final:82153 Caja:82054-82076 Caja :82100-82122 Caja:82146-82153	Procesos que se encuentran en carpeta compartida grupo de secretaria Técnica, **inventario de archivo 2026.** ARCHIVO 2026 A**RCHIVO DE GESTION** TRANSFERENCIA 2026
5	Brindar el apoyo requerido por los profesionales de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria y por las otras dependencias del Instituto, en relación con la revisión y/o entrega de los procesos sancionatorios que se encuentren en el	Para el presente periodo por concepto de transferencia documental de archivo de gestión a archivo central se procede a la preparación física y control de calidad de 44 cajas con un total de 322 procesos. Cajas.44-58-59-60-51-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-	Cajas que se encuentran en archivo central. TRANSFERENCIA 2026 Acta que se encuentra en: TRANSFERENCIA 2026

	archivo de gestión de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria, cuando le sea solicitado por el supervisor del contrato	86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100. Ejecución del proceso de transferencia primaria de (100) unidades de conservación, contentivas de ochocientos cuarenta y cuatro procesos, con elaboración de inventario documental (FUID) y traslado físico al archivo central.    	
6	Prestar apoyo en la entrega de las decisiones ejecutoriadas y demás documentos requeridos por la Oficina Asesora Jurídica, para iniciar las acciones de cobro persuasivo y coactivo.	Para el presente periodo se hace entrega al área de cobro coactivo y financiera los procesos relacionados en los siguientes oficios con radicado jurídica 20263004992 financiera 20263004995 	Oficios que se encuentran en carpeta compartida 4. ABRIL Se puede evidenciar en el Software SESUITE. https://acortar.link/P48DOB
7	Prestar el apoyo para la recepción y adecuada organización documental que se surte en las etapas de los procesos administrativos	Se procede a digitalizar actos administrativos entregados para cobro coactivo y financiero. Total, folios scaneados:855	ACTOS SCANEADOS

	sancionatorios las diferentes herramientas y aplicativos como de manera física de acuerdo con los parámetros de calidad del Instituto.		SCANER 2026 ABRIL
8	En cumplimiento del numeral 2.5.1.1, literal 24 de las obligaciones generales del Contrato 075 de 2026, se incluye a este informe, el pronunciamiento, las demás que sean necesarias y requeridas para el óptimo cumplimiento del objeto contractual.	Durante el periodo contractual **abril 2026,** asistí a las siguientes reuniones: El día 27 de ABRIL de 2026 asistí a capacitación sobre Entrenamiento nueva funcionalidad para gestión de documentos de respuesta y comunicaciones PQRDS y correspondencia en teams)	 

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 abril y mayo de 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)
3	2.400.000	$ 1.750.905	30	$508.300	75869466	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 7.200.000
Saldo del contrato	$ 20.000.000

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
3	X	

Atentamente,

Diana Jazmin Londoño M.

DIANA JAZMIN LONDOÑO MARIN
Contratista
C.C. No. 1.016.012.246

Vo.bo.

YUBMARY PAOLA BROCHERO PULIDO
Coordinadora
Grupo de Secretaría Técnica

Recibí a satisfacción:

ELIANA KATHERINE GÓMEZ MEJÍA
Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria
Supervisora del contrato 075 DE 2026