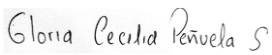


invima		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	Juan Manuel Gómez Agudelo		NIT/ CC No.	79590836	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:jmgomezagudelo01@gmail.com">jmgomezagudelo01@gmail.com</a>		TELÉFONO	3107791742	
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	134-2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	10 meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRECONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLINICOS Y CLINICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES VÍA DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA QUE DEBAN SER				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-20	FECHA DE INCIO	2026-01-21	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-20
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 97.810.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 88.029.000	VALOR A PAGAR	\$ 9.781.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 78.248.000	VALOR PAGADO	19.562.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(21 de Febrero al 20 de Marzo del 2026)
BANCO	Davivienda	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	450800014588
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>					
(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)					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
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		
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	68044058				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Febrero	2026-03-16	491000	Compensar EPS	
PENSIÓN	Febrero	2026-03-16	628500	Colpensiones	
ARL	Febrero	2026-03-16	20600	Positiva Seguros	
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.					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(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. 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"/> 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"/>					
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	24
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
			Nombre		
			Fecha de revisado:		
GLORIA CECILIA PEÑUELA COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS			Consecutivo:		
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79590836	JUAN MANUEL GOMEZ AGUDELO		Carrera 69 A 63 F 84 Apto 401	6015214171	jmgomez01@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68044058	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.140.100	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	489.100	0		0		0	6	1.900	0	491.000	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	626.000	0	0	0	0	6	2.500	0	628.500	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	20.500				20.500	6	100	20.600			205	20.600	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
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	489.100	491.000
Pensión	1	626.000	628.500
Riesgos Laborales	1	20.500	20.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.135.600</b>	<b>1.140.100</b>


DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79590836	JUAN MANUEL GOMEZ AGUDELO		Carrera 69 A 63 F 84 Apto 401	6015214171	jmgomez01@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68044058	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.140.100	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCV	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 79590836	GOMEZ AGUDELO JUAN MANUEL	59	0			N																25-14	3.912.400	30	626.000	0	0	0	0	EPS008	3.912.400	30	489.100	14-23	3.912.400	30	1	20.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	(No. de contrato y año) 134-2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	Juan Manuel Gómez	<b>NIT / C.C No. :</b>	79590836
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	<p>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRECONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLINICOS Y CLINICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES, VÍA, DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA, QUE DEBAN SER PUESTO A CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN REVISORA; ASÍ COMO, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA GESTIÓN Y TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES SOBRE LOS USOS NO INCLUIDOS EN LOS REGISTROS SANITARIOS-UNIRS, ORIENTADOS A FORTALECER EL ASEGURAMIENTO SANITARIO.</p>		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 97.810.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	20 de Enero de 2026	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	300 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2026-01-21</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2026-11-20</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE: 2026-02-21</b>	<b>HASTA:</b>	<b>2026-03-20</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	1	<b>DEPENDENCIA:</b>	GASECR
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Gloria Cecilia Peñuela		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Documentar el proceso de estudio de los trámites de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración, condición de venta e inclusión del listado UNIRS conforme al formato de evaluación establecido para tal fin.	<p>Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para SPLASH TEARS®.</p> <p>Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para WILFACTIN®.</p> <p>Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para YERVOY®.</p>	<p>Formatos enviados a la Dra. Gloria Cecilia Peñuela . VoBo de la Dra Gloria. Se suben a la carpeta de FIEs.</p>
2	Emitir los preconceptos que deban ser puestos a consideración de la Sala Especializada de la Comisión Revisora sobre los estudios preclínicos y clínicos presentados de solicitudes de	<p>Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para SPLASH TEARS®.</p> <p>Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para WILFACTIN®.</p>	<p>Formatos enviados a la Dra. Gloria Cecilia Peñuela . VoBo de la Dra Gloria. Se suben a la carpeta de FIEs.</p>



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

	modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y de las solicitudes de inclusión de indicaciones en el listado UNIRS, orientados a fortalecer el aseguramiento sanitario.	Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para YERVOY®	
3	Participar activamente en las sesiones de las salas especializadas donde se discutan los preconceptos resultantes de cada estudio, dando las precisiones o aclaraciones que sean requeridas.	No se ha realizado durante esta vigencia	No aplica
4	Resolver consultas relacionadas con estudios clínicos y preclínicos de usuarios internos y externos allegadas mediante el sistema PQRSD y atención al usuario, conforme designación de la supervisión.	No se han programado ni realizado durante esta vigencia	No aplica
5	Socializar a nivel interno los preconceptos y conceptos de las decisiones adoptadas por la Sala Especializada de la comisión Revisora, precisando los fundamentos técnico - científicos que fueron tenidos en cuenta, en aras de adoptar lineamientos para futuros estudios que deban ser adelantados por los diferentes grupos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos. Lo anterior, a fortalecer el aseguramiento sanitario y conforme cronograma establecido por la supervisión.	No se ha realizado durante esta vigencia	No aplica
6	Brindar acompañamiento desde su experticia técnica al Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora orientando sobre asuntos relacionados con el objeto contractual.	No se han programado ni realizado durante esta vigencia	No aplica
7	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente;	Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para SPLASH TEARS®.	

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

	asimismo, generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos que incidan en los trámites asociados de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para WILFACTIN®.  Elaboración del Formato de Modificaciones de PreSalas para YERVOY®	Formatos enviados a la Dra. Gloria Cecilia Peñuela . VoBo de la Dra Gloria. Se suben a la carpeta de FIEs.
8	Alimentar continuamente las bases de datos y listados relacionados con las solicitudes de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.	Plan de Trabajo actualizado	Ver plan de trabajo en carpeta de planes de trabajo Contratistas 2026
9	Hacer las recomendaciones desde su experticia técnica a la supervisión del contrato, sobre asuntos de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS, cuando estos temas sean tratados con diferentes instancias internas y externas.	No se han programado ni realizado durante esta vigencia	No aplica
10	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Asistencia a reuniones de Grupo y capacitación con la Dra. Gloria Peñuela.	Listados de asistencia

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

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

#### 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.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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	\$9.781.000	\$3.912.400	30	\$1.140.100	68044058	Compensar .Mi planilla.co m

#### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$97.810.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$19.562.000
Saldo del contrato	\$ 78,248,000

#### 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

Nombres y apellidos del contratista  
Contratista Juan Manuel Gómez Agudelo

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

**C.C. No. 79590836**

Recibí a satisfacción:

*Gloria Cecilia Peñuela S*

**Firma**

**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**  
**Coordinadora del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas**  
**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**  
**Supervisor(a) Contrato 134 de 2026**