


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	Nidia Karolina González Carantón		NI/ CC No.	37746627	
CORREO ELECTRÓNICO	karolaqc27@gmail.com		TELÉFONO	3202691105	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	476 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	300 días - 28 Noviembre 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS CON EL FIN DE EVALUAR TRÁMITES RELACIONADOS CON LOS SUPLEMENTOS DIETARIOS, REALIZANDO PARA TAL FIN LOS ANÁLISIS Y GENERANDO LOS CONCEPTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS QUE FUNDAMENTEN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE RESUELVEN LAS SOLICITUDES DE RENOVACIÓN, MODIFICACIÓN O NUEVO REGISTRO SANITARIO.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-28	FECHA DE INICIO	2026-01-29	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-28
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 55.220.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 44.176.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 38.654.000	VALOR PAGADO	16.566.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 3)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	29 de marzo al 28 de Abril de 2026
BANCO	BBVA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	0378445340
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)					
Se realiza cambio de supervisor a la Doctora Eleonora Celis Cañas					
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	N/A		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo		
Carné	N/A		Otros. Cuales?		
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	74768698				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Abril	2026-04-29	276.100	COMPENSAR	
PENSIÓN	Abril	2026-04-29	353.500	COLPENSIONES	
ARL	Abril	2026-04-29	11.600	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.					
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"/>					
<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	5	11	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
ELEONORA CELIS CAÑAS		Consecutivo:			
COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS DE FITOTERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS					
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.					



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



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37746627	NIDIA KAROLINA GONZALEZ CARANTON		CALLE 100 N 22A - 117	3202691105	karolagc27@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74768698	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$641.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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	353.500	0	0	0	0	0	0		353.500	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	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
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	276.100	276.100
PenSIÓN	1	353.500	353.500
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.200	641.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37746627	NIDIA KAROLINA GONZALEZ CARANTON		CALLE 100 N 22A - 117	3202691105	karolagc27@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74768698	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$641.200	

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. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 37746627	GONZALEZ CARANTON NIDIA KAROLINA	59	0			N																25-14	2.208.800	30	353.500	0	0	0	0	EPS008	2.208.800	30	276.100	14-23	2.208.800	30	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	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	476 de 2026		
CONTRATISTA:	NIDIA KAROLINA GONZALEZ CARANTON	NIT / C.C No. :	37746627
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS CON EL FIN DE EVALUAR TRÁMITES RELACIONADOS CON LOS SUPLEMENTOS DIETARIOS, REALIZANDO PARA TAL FIN LOS ANÁLISIS Y GENERANDO LOS CONCEPTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS QUE FUNDAMENTEN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE RESUELVEN LAS SOLICITUDES DE RENOVACIÓN, MODIFICACIÓN O NUEVO REGISTRO SANITARIO.		
VALOR DEL CONTRATO	55.200.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-29	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300 días
FECHA DE INICIO:	2026-01-29	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-28
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-03-29	HASTA:	2026-04-28
PAGO NÚMERO:	03	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Eleonora Celis Cañas / Coordinadora Grupo Registros Sanitarios de Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Cumplir con los lineamientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos para realizar la evaluación y análisis de la documentación técnica presentada en las solicitudes para nuevos Registros Sanitarios para Suplementos Dietarios, que le sean asignados en el plan de trabajo.	Se realizó la evaluación y análisis técnico de Solicitudes de Renovación de los siguientes radicados: 20211253004 20211292720 20221284842 20231027315 20231027356 20231027428 20231027642 20231031933 20231034758 20231034865 20231035052 20231035077 20231047799 20231047817 20231057983 20231060037 20231085855	- Estudio de Respuesta de cada expediente en la carpeta de Renovaciones del aplicativo de Registros. - Reporte de avance en Plan de trabajo asignado (C13-PLAN ABRIL)



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL


FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

		20231097517 20231097940 20231098192 20231205174 TOTAL 21 RADICADOS	
2	Cumplir con los lineamientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos para realizar las evaluaciones y análisis Técnicas para modificaciones de los registros sanitarios de los suplementos dietarios que le sean asignados en el plan de trabajo.	Para el mes en curso no se asignaron Modificaciones de Registros Sanitarios.	
3	Proyectar los actos administrativos motivándolos desde el punto de vista técnico, según la evaluación realizada a las solicitudes de registros sanitarios nuevos o a las modificaciones o renovaciones de los suplementos dietarios que sean asignados en el plan de trabajo.	Se proyectaron los actos administrativos de los siguientes radicados: 20211253004 20211292720 20221284842 20231027315 20231027356 20231027428 20231027642 20231031933 20231034758 20231034865 20231035052 20231035077 20231047799 20231047817 20231057983 20231060037 20231085855 20231097517 20231097940 20231098192 20231205174	- Estudio de Respuesta de cada expediente en la carpeta de Renovaciones del aplicativo de Registros. - Reporte de avance en Plan de trabajo asignado (C13-PLAN ABRIL)
4	Alimentar continuamente las bases de datos que se establezcan en la Entidad para seguimiento, incorporando integralmente la información, conforme la estructuración de las herramientas del grupo de Registros Sanitarios Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios.	Para el mes en curso no se asignó la actividad de alimentar las bases de datos de la entidad.	Para el mes en curso no se alimentó las bases de datos de la entidad.

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

5	Atender las consultas que se eleven a través de los diferentes canales oficiales, brindando orientación dentro del marco sanitario que guarden relación con el objeto contractual y que sean asignadas por la supervisión.	Se realizaron citas de orientación al usuario con el Laboratorio SIGFRIED SAS y Laboratorio PHARMARIS COLOMBIA SAS	<ul style="list-style-type: none"> - Actas de atención a citas Marzo (ACTAS DE ATENCION ABRIL) - Reporte de avance en Plan de trabajo asignado (C13-PLAN ABRIL)
6	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 las reuniones de los temas programados por la Dirección y la Coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> - Reporte de avance en Plan de trabajo asignado (C13-PLAN ABRIL)

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 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)

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

4 Abril	5.522.000	2.208.800	30	641.200	74768698	Mi planilla
---------	-----------	-----------	----	---------	----------	-------------

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$55.220.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$16.566.000
Saldo del contrato	\$38.654.000

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	
2	X	
3	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 CTO 476 DE 2026-PAGO3-KAROLINA GONZALEZ.

Atentamente,



Nidia Karolina González Carantón
Contratista
C.C. No. 37746627

Recibí a satisfacción:



Eleonora Celis Cañas
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios de Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios
Supervisor(a) Contrato 476 de 2026