


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>					
<b>CONTRATISTA</b>	Karen Vanessa Gómez Benavides		<b>NIT/ CC No.</b>	1030630700	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	kgomezb@invima.gov.co		<b>TELÉFONO</b>	3222641608	
<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		No aplica		
<b>No. CONTRATO</b>	430 de 2026		<b>TERMINO DE EJECUCIÓN</b>	28 de diciembre de 2026/ 334 días	
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN HEMODERIVADOS Y LIBERACIÓN DE LOTE DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS ASIGNADOS EN EL GRUPO DE LABORATORIO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.				
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>	2026-01-27	<b>FECHA DE INICIO</b>	2026-01-29	<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	2026-12-28
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	\$51,700,000	<b>SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO</b>	\$51,700,000	<b>PERIODO OBJETO DE PAGO</b>	\$4,700,000
<b>NUEVO SALDO DEL CONTRATO</b>	\$47,000,000	<b>VALOR PAGADO</b>	\$4,700,000	<b>No. PAGO QUE SE CERTIFICA</b>	PAGO 1
<b>TIPO DE PAGO</b>	PARCIAL	<b>FACTURA / CUENTA N°.</b>	No aplica	<b>PERIODO OBJETO DE PAGO</b>	29 de enero del 2026 al 28 de febrero del 2026
<b>BANCO</b>	Banco caja social	<b>TIPO DE CUENTA</b>	Ahorros	<b>No DE CUENTA</b>	24123761684
<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					
<b>Informe de actividades</b>	SI	<b>Facturas</b>	N/A		
<b>Pago Parafiscales</b>	N/A	<b>Ingreso a Almacén</b>	N/A		
<b>SGSSI</b>	SI	<b>Documentos a cargo</b>	N/A		
<b>Carné</b>	N/A	<b>Otros. Cuales?</b>	N/A		
indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
<b>NÚMERO DE PLANILLA</b>	1079983856				
<b>ITEM</b>	<b>PERIODO DE PAGO</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>	<b>ENTIDAD</b>	
SALUD	Enero /Febrero	2026-02-02- 2026/03/02	\$218,900- \$235,000	Sanitas	
PENSIÓN	Enero/ Febrero	2026-02-02- 2026/03/02	\$280,200 - \$300,800	Colpensiones	
ARL	Enero /Febrero	2026-02-02- 2026/03/02	\$42,700 - \$45,800	Ari Sura	
<i>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.</i>					
<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"/>					
<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.					
<b>Fecha de expedición de la presente certificación:</b>		<b>AAAA</b>	<b>MM</b>	<b>DD</b>	
		2026	3	5	
 <b>Diana Lucía Mesa Láutero</b> Coordinadora Laboratorio de productos biológicos		<b>Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal</b>			
		<b>Nombre</b>			
		<b>Fecha de revisado:</b>		AAAA-MM-DD	
		<b>Consecutivo:</b>			
<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.					



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-03, 04:11:01 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1079202512

Periodo Cotización: enero de 2026

Periodo Servicio: enero de 2026

Referencia pago (PIN): 8823852183

## PAGADO 02/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES		
Documento	CC1030630700	Dirección	CL 46B SUR #78 L - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3196279378
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGI	UMI	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1030630700	KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES	57	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-03, 05:00:17 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1079983856

Periodo Cotización: febrero de 2026

Periodo Servicio: febrero de 2026

Referencia pago (PIN): 8823935158

## PAGADO 02/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES		
<b>Documento</b>	CC1030630700	<b>Dirección</b>	CL 46B SUR #78 L - 55
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3196279378
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMI	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1030630700	KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES	57	00	R																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.880.000	\$ 300.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.880.000	\$ 235.000	2.436	\$ 1.880.000	\$ 45.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 581.600

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.880.000	\$ 1.880.000	\$ 1.880.000	\$ 0	\$ 300.800	\$ 235.000	\$ 45.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 581.600	\$ 0	\$ 581.600

**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: Karen Vanessa Gómez Benavides

Identificación: 1030630700

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 (  ) NO (  )

\* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 SI (  ) 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 (  ) 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 (  ), según resolución No. \_\_\_\_\_.

4. Aportes voluntarios a pensión SI (  ) NO (  ): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación<sup>1</sup>.

5. Aporte cuenta AFC SI (  ) NO (  ): 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 (  );

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:

<sup>1</sup> 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

7. Para efectos de lo previsto en el párrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

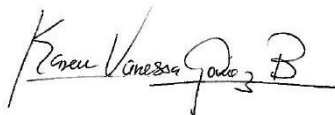
Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

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 (  ): 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 (  ) 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 D.C a los 5 días del mes de Marzo del 2026



Firma:  
Karen Vanessa Gómez Benavides  
C.C. 1030630700



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES Identificado con CC 1030630700

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PASTRANITA, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24123761684
<b>Fecha de apertura:</b>	5 de Julio de 2023
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 05 de Marzo de 2026.

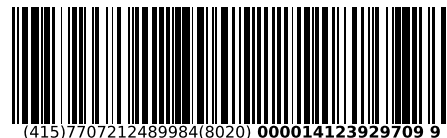
Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141239297099



(415)7707212489984(8020) 000014123929709 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 3 0 7 0 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 0 6 3 0 7 0 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

BENAVIDES

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 46 B # 78 L - 55 Sur

42. Correo electrónico

karendo.gomez@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 9 6 2 7 9 3 7 8

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

8 6 9 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 7 0 3

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 7 2 8

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS


DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EF

	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>	430 del 2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	Karen Vanessa Gómez Benavides	<b>NIT / C.C No. :</b>	1030630700
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN HEMODERIVADOS Y LIBERACIÓN DE LOTE DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS ASIGNADOS EN EL GRUPO DE LABORATORIO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 51.700.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2026-01-27	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	334
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2026-01-29	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2026-12-28
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2026-01-29	<b>HASTA:</b>	2026-02-28
<b>PAGO NÚMERO:</b>	1	<b>DEPENDENCIA:</b>	Laboratorio de productos biológicos
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Diana Lucia Mesa Lautero		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar la prueba analítica de determinación de osmolalidad a los productos biológicos de acuerdo con los procedimientos internos del laboratorio, que sean asignados por el supervisor del contrato.	Asistir a inducción y capacitación para el correcto manejo del equipo OsmoPro para ejecutar ensayos de osmolalidad en hemoderivados.	Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.
2	Realizar las pruebas analíticas de determinación de potencia de factores VIII, IX y von Willebrand en los hemoderivados asignados de acuerdo con los procedimientos internos del laboratorio.	Asistir a inducción y capacitación para el correcto manejo del coagulómetro Sysmex CS-2500 para ejecutar ensayos de determinación de factores de coagulación VIII, IX y von Willebrand.	Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.

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

<b>3</b>	Realizar ensayos analíticos como parte del proceso de verificación de los equipos asociados a las metodologías analíticas de acuerdo con los procedimientos internos del laboratorio	Determinación de factor IX de coagulación en equipo Sysmex CS-2500, en donde se ejecuto ensayos de curva de calibración para validación de metodología.	Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.
----------	--	---	--

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.				
2.				
.....				

### 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 correspondient e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	\$4.700.000	\$1.880.000	28 días	\$581.600	10799838 56	SIMPLE SA

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

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 51.700.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$4.700.000
Saldo del contrato	\$47.000.000

**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
1	X	

Atentamente,

**Karen Vanessa Gómez Benavides**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1030630700**

Recibí a satisfacción:

**Firma**  
**Diana Lucia Mesa Lautero**  
**Coordinadora**  
**Laboratorio de productos biológicos**  
**Supervisor(a) Contrato 430 de 2026**