


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>	\$42.300.000	<b>PERIODO OBJETO DE PAGO</b>	\$4.700.000
<b>NUEVO SALDO DEL CONTRATO</b>	\$37.600.000	<b>VALOR PAGADO</b>	\$14.100.000	<b>No. PAGO QUE SE CERTIFICA</b>	PAGO 3
<b>TIPO DE PAGO</b>	PARCIAL	<b>FACTURA / CUENTA N°.</b>	No aplica	<b>PERIODO OBJETO DE PAGO</b>	01 de abril del 2026 al 28 de abril 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>	1080763637				
<b>ITEM</b>	<b>PERIODO DE PAGO</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>	<b>ENTIDAD</b>	
SALUD	Abril	2026-05-03	\$ 235.000,00	Sanitas	
PENSIÓN	Abril	2026-05-03	\$ 300.800,00	Colpensiones	
<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)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.</li> <li>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.</li> <li>Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.</li> </ol>					
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	5	8	
 <b>Diana Lucía Mesa Lautero</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.					



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**

<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> 2026-04-01	<b>HASTA:</b>	2026-04-28
<b>PAGO NÚMERO:</b>	3	<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.	✓ Gestión y obtención de autorización por parte del líder técnico para realizar determinación de prueba de Osmolalidad en hemoderivados.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.</li><li>✓ Diligenciamiento de formato entrenamiento y evaluación de la competencia del personal PA03-GP-LABS-F006.</li><li>✓ Diligenciamiento de formato supervisión del personal analista en ejecución de ensayos PO06-SS-603-F0.</li><li>✓ Diligenciamiento de hoja de trabajo analítico PO04-DS-603-F015.</li></ul>

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01
<b>2</b>	<p>Realizar la liberación de lote de productos biológicos hemoderivados de acuerdo con los procedimientos internos y la normativa vigente aplicable a los productos biológicos asignados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacitación y autorización por parte del líder técnico para efectuar evaluación del protocolo en procesos de liberación de lotes de concentrados de factores de coagulación.</li> <li>✓ Asignación de las siguientes muestras por parte del líder técnico: 202502315 Beriate, 202600287 Immunate, 202600370 Octanate 1000 UI como parte del proceso de evaluación en liberación de hemoderivados.</li> <li>✓ Ejecución de evaluación de protocolo de concentrados de factores de coagulación para las siguientes muestras: 202600369 Octanate 1000 UI, 202600370 Octanate 1000 UI, 202600371 Wilate 1000 UI y 202600372 Octanate 250 UI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diligenciamiento de formato de entrenamiento y evaluación de la competencia del personal PA03-GP-LABS-F006.</li> <li>✓ Diligenciamiento de formato evaluación de protocolo de concentrados de factores de coagulación, concentrados inhibidores de plasma y sellantes de fibrina PO04-DS-603-F087.</li> </ul>	
<b>3</b>	<p>Brindar apoyo técnico durante auditorías internas y externas, contribuyendo al cumplimiento de los planes de acción derivados de estas, conforme al Sistema de Gestión de los Laboratorios bajo la norma ISO/IEC 17025:2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ejecución del proceso de testificación de la prueba "determinación de Osmolalidad" ante el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC) en la inmunoglobulina Hepatec 202600485 como evidencia del cumplimiento de estándares técnicos y de calidad aplicables en el laboratorio de productos biológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diligenciamiento de hoja de trabajo analítico PO04-DS-603-F015.</li> <li>✓ Ingreso de resultados de la muestra testificada en plataforma Sylab.</li> <li>✓ Creación de informe de análisis para la muestra testificada 202600485.</li> </ul>	

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 correspondiente e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
3	\$4.700.000	\$1.880.000	31 días	\$535.800	1080763637	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).	\$14,100,000
Saldo del contrato	\$37,600,000

### 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,

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

Recibí a satisfacción:

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



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 06:09:49 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1080763637

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823935158

## PAGADO 03/05/2026 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	SAN	USI	IGI	UMI	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ARL	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	03	00																		0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.880.000	\$ 300.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.880.000	\$ 235.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 535.800

### 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
\$ 1.880.000	\$ 1.880.000	\$ 0	\$ 0	\$ 300.800	\$ 235.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 535.800	\$ 0	\$ 535.800