
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	JAVIER ANTONIO CASTRILLON SANCHEZ		NIT/ CC No.	15440625	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:JCASTRILLONSA@INVIMA.COM.CO">JCASTRILLONSA@INVIMA.COM.CO</a>		TELÉFONO	3005562511	
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	270 DE 2026 DE 22 ENERO DEL 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	25 DE NOVIEMBRE DE 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, SEGÚN LA DESIGNACIÓN REALIZADA POR LA SUPERVISIÓN, CON EL FIN DE EVALUAR LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, REALIZANDO PARA TAL FIN LOS ANÁLISIS Y GENERANDO LOS CONCEPTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS QUE FUNDAMENTEN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE RESUELVEN LAS SOLICITUDES DE RENOVACIÓN, MODIFICACIÓN NUEVO REGISTRO SANITARIO				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-22	FECHA DE INICIO	2026-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-25
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 47.576.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 41.629.000	VALOR PAGADO	17.841.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 3
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	18-Abr-26 - 17-May-2026
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	303-853604-73
<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)					
NA					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
<u>En mi calidad de supervisor</u> (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					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	Abril - 6016426717				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	04/2026	2026-05-19	\$ 299.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	
PENSIÓN	04/2026	2026-05-19	\$ 383.700	COLPENSIONES	
ARL	04/2026	2026-05-19	\$ 12.600	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	
<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. <input type="checkbox"/> 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"/> <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	5	28		
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
 <b>Nombre</b>					
<b>Fecha de revisado:</b>			AAAA-MM-DD		
<b>Angela Maria Bermudez</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> Coordinadora de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química importados <b>CARGO Y DEPENDENCIA</b>			<b>Consecutivo:</b>		

**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.

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15440625
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAVIER ANTONIO CASTRILLON SANCHEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	
DIRECCIÓN:	CARRERA 47 # 40 B22	TELÉFONO:	4173479
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>6016426717</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	11		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	313437654

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 383.700
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 383.700</b>


**SALUD**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 299.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 299.800</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 12.600
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 12.600</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 690.600</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 5.500</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 696.100</b>

	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) 270 DE 2026 DE 22 ENERO DEL 2026		
<b>CONTRATISTA:</b>	JAVIER ANTONIO CASTRILLON SANCHEZ	<b>NIT / C.C No. :</b>	15440625
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, SEGÚN LA DESIGNACIÓN REALIZADA POR LA SUPERVISIÓN, CON EL FIN DE EVALUAR LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, 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		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 59.470.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2026-01-22	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	300
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2026-01-26	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2026-11-25
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 26-04	<b>HASTA:</b>	25-05
<b>PAGO NÚMERO:</b>	3	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de medicamento y productos biológicos
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Angela María Bermúdez		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Prestar sus servicios en el grupo de Dirección de medicamentos y productos biológicos que le sea informado por la supervisión	Se prestó servicios en el grupo de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química	Acta de reinicio
2	Cumplir con los lineamientos del INVIMA para realizar la evaluación y análisis de la documentación técnica presentada en las solicitudes para nuevos registros sanitarios	En el periodo de certificación no se asignaron actividades para esta obligación	NA
3	Realizar la evaluaciones y análisis para modificaciones y renovaciones incluido (controles posteriores), de los registros sanitarios de los productos que correspondan al grupo que se ha asignado	Se realiza la evaluación técnica de los tramites:	Ver plan de trabajo: <a href="https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_Basesdedatosregistrossntesisybiologicos-PLANESDETRABAJODESINTESISQUIMICA/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBasesdedatosregistrossntesisybiologicos%2DPLANESDETRABAJODESINTESISQUIMICA%2FShared%20Documents%2FPLANES%20DE%20TRABAJO%20DE%20SINTESIS%20QUIMICA%2FPLANES%20PERSONALIZADOS%2FCELULAS%20DE%20TRABAJO%2F12%2E%20C12%20MODIFICACIONES%20MENORES&amp;p=true&amp;t=1771292623451&amp;or=Teams%2DHL&amp;ga=1&amp;LOF=1">https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_Basesdedatosregistrossntesisybiologicos-PLANESDETRABAJODESINTESISQUIMICA/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBasesdedatosregistrossntesisybiologicos%2DPLANESDETRABAJODESINTESISQUIMICA%2FShared%20Documents%2FPLANES%20DE%20TRABAJO%20DE%20SINTESIS%20QUIMICA%2FPLANES%20PERSONALIZADOS%2FCELULAS%20DE%20TRABAJO%2F12%2E%20C12%20MODIFICACIONES%20MENORES&amp;p=true&amp;t=1771292623451&amp;or=Teams%2DHL&amp;ga=1&amp;LOF=1</a>

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

4	Atender las instrucciones de la supervisión enfocadas a la priorización de los estudios de tramites de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química y biológicos, cuando se halla declarado en desabastecimiento o en riesgo de desabastecimiento, y en aquellos casos que por circunstancias especiales la norma lo exija	En el periodo de certificación no se asignaron actividades para esta obligación	NA
5	Proyectar los actos administrativos incluyendo los fundamentos técnicos, científicos, según la evaluación realizada a las solicitudes de nuevos registros sanitarios o a las modificaciones o renovaciones de estos	En el periodo de certificación no se asignaron actividades para esta obligación	NA
6	Alimentar continuamente las bases de datos que establezcan en la entidad para seguimiento, incorporando integralmente la información conforme la estructuración de las herramientas de cada grupo	Se diligencio el aplicativo de registros	Aplicativo de registros
7	Atender las consultas que se eleven de manera presencial o a través de otros canales oficiales, brindando orientación dentro del marco normativo vigente	En el periodo de certificación no se asignaron actividades para esta obligación	NA
8	Aplicar a los procesos, procedimientos y formatos del sistema de gestión de calidad y consultarlos permanentemente, así mismo generar recomendaciones identificando los aportes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos que tengan impacto para las evaluaciones del grupo que sea asignado	En el periodo de certificación no se asignaron actividades para esta obligación	NA
9	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia será presencial o virtual.	En el periodo de certificación no asiste a reuniones	NA

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

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

### 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 a los meses de enero y febrero del año 2026.

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	5.947.000	2.378.000	30	696.100	Abril - 6016426717	SOI

### 5. BALANCE FINANCIERO

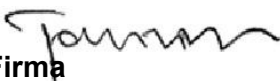
Valor total del contrato	\$ 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 17.841.000
Saldo del contrato	\$ 41.629.000

### 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
Acta de inicio, 1 y 2	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 con el nombre PAGO No. 03.

Atentamente,



**Firma**  
**Javier Antonio Castrillón Sánchez**  
**Nombres y apellidos del contratista**  
**Contratista**  
**C.C. No. 15.440.625**

Recibí a satisfacción:



**Firma**

**Angela María Bermúdez**  
**Coordinadora de registros sanitarios**  
**de medicamentos de síntesis química importados**  
**Supervisor(a) Contrato**  
**270 DE 2026 DE 22 ENERO DEL 2026**