	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**FORMATO CERTIFICACIÒN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÒN**	
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**ANGELICA NOHEMY BENJUMEA TUIRAN**	**NIT/ CC No.**	33082081
CORREO ELECTRÓNICO	abenjumeat@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3123483063
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	**232 DE2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**10 MESES**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL**		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-22**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-05-05**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 41.629.000**	**VALOR A PAGAR**	$ 2.775.267
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 38.853.733**	**VALOR PAGADO**	**$ 20.616.267**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 4)**
TIPO DE PAGO	**FINAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**DEL 2026- 04 -22 AL 2026-05-05**
BANCO	**DAVIVIENDA.**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**0550488429224964**

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)

CESION DE CONTRATO 232 DE 2026 a favor de la cesionante LIZETH YURANY GALLO GÓMEZ identificada con cédula de ciudadanía **No.** 52.518.381

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**	**N/A**
Carné	**N/A**	**Otros. ¿Cuales?**	**N/A**

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**75911708**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Planilla 79801866. Abril 2026**	**2026-05-11**	**$ 89.300**	**NUEVA EPS**
	Planilla 79801884. Mayo-2026	**2026-05-11**	**$ 59.500.**	
PENSIÓN	**Planilla 79801866. Abril 2026**	**2026-05-11**	**$ 114.200**	**PORVENIR**
	Planilla 79801884. Mayo-2026	**2026-05-11**	**$ 76.200**	
ARL	**Planilla 79801866. Abril 2026**	**2026-05-11**	**$ 3.800**	**SURA**
	Planilla 79801884. Mayo-2026	**2026-05-11**	**$2.500**	

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación 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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

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 Interventoria 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	05	11

Gloria Cecilia Peñuela S

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

Profesional Especializado
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.

Supervisor(a) Contrato 232 de 2026

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
79801866	11/05/2026	83786599	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	N	$0	$483.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	208.100	0		0		0	0	0	0	208.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	266.500	0	0	0	0	0	0		266.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.700				8.700	0	0	8.700			87	8.700	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	208.100	208.100
Pensión	1	266.500	266.500
Riesgos Laborales	1	8.700	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	483.300	483.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
79801866	11/05/2026	83786599	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	N	$0	$483.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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	Dias	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 33082081	BENJUMEA TUIRAN ANGELICA NOHEMI	59	0			N	X																230301	2.378.800	9	380.700	0	0	0	0	EPS037	2.378.800	9	297.400	14-11	2.378.800	9	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79801866	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$207.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	89.300	0		0		0	0	0	0	89.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	114.200	0	0	0	0	0	0		114.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.800				3.800	0	0	3.800			38	3.800	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	89.300	89.300
Pensión	1	114.200	114.200
Riesgos Laborales	1	3.800	3.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	207.300	207.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79801866	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$207.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 33082081	BENJUMEA TUIRAN ANGELICA NOHEMI	59	0			N	X																230301	713.640	9	114.200	0	0	0	0	EPS037	713.640	9	89.300	14-11	713.640	9	1	3.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79801884	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$138.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	59.500	0		0		0	0	0	0	59.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	76.200	0	0	0	0	0	0		76.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.500				2.500	0	0	2.500			25	2.500	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	59.500	59.500
Pensión	1	76.200	76.200
Riesgos Laborales	1	2.500	2.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	138.200	138.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33082081	ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN	calle 146 12 49	9349414	angietwiran@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79801884	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$138.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 33082081	BENJUMEA TUIRAN ANGELICA NOHEMI	59	0			N		X															230301	475.760	6	76.200	0	0	0	0	EPS037	475.760	6	59.500	14-11	475.760	6	1	2.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*(No. de contrato y año)* 232 DE2026			
CONTRATISTA:	ANGELICA BENJUMEA TUIRAN		**NIT / C.C No. :**	33082081
OBJETO CONTRACTUAL:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO**			
VALOR DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**19/01/2026**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	304
FECHA DE INICIO:	**22/01/2026.**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**O5/05/2026.**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**O1/05/2026.**	**HASTA:**	**05/05/2026.**
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato.	Se dio cumplimiento a las actividades establecidas, ejecutando las tareas asignadas durante el periodo reportado, evaluar tramites, responder correspondencia, asistir a reuniones, capacitaciones, seguimiento a los canales de comunicación, asistencia a capacitaciones	Reportes de avances en la entrega del periodo reportado, correos de seguimiento, listados de asistencias, actos administrativos generados, respuesta a usuarios externos e internos y entregables asociados a las actividades desarrolladas
2	Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato,	Se ejecutaron las actividades contempladas en el plan de trabajo mensual, incluyendo la	Registros en aplicativos, búsqueda de información en plataformas, Información dejada en las carpetas respectivas de

	entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamientos de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia de los Medicamentos de síntesis química y/o productos biológicos y/o suplementos dietarios, conforme la solicitud del titular.	revisión de información farmacológica y la gestión de trámites de modificaciones, conforme a los requerimientos recibidos a la solicitud del titular durante el tiempo reportado.	share point, actos administrativos para los titulares de las moléculas evaluadas.
3.	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos.	Radicados OZURDEX® DEXAMETASONA ALKA - SELTZER® TABLETAS ALKA - SELTZER® TABLETAS TERRAMICINA® UNGÜENTO OFTÁLMICO	Actos administrativos. Resoluciones. Se realizan y guardan automáticamente en Aplicativo de Registros Sanitarios, gestionando el área de trabajo de acuerdo con los radicados y expedientes asignados. Fies de evaluación. Aplicativo Se Suite Correo institucional.
4.	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros Sanitarios de Síntesis Química y Productos Biológicos.	Las bases de datos en registros web, share point, quedan alimentadas en el periodo reportado.	En Aplicativo de Registros Sanitarios quedan gestionadas y registros al día actualizando datos por expediente, dejando evidencia de las modificaciones realizadas a insertos en el aplicativo, carpetas de evaluación farmacológica.
5.	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente. Asimismo, generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos	Se aplican los procedimientos y se usan los formatos indicados del sistema de gestión de calidad para cada actividad según corresponda.	En los documentos usados y generados, se puede observar el uso debido del sistema de gestión de calidad.

	que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.		
6.	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Se participó en los comités, reuniones y demás espacios convocados por la supervisión, atendiendo oportunamente las citaciones.	Registros de asistencias, actas firmadas.

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

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 MARZO 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)**
4	$ 991.166.666	40%	5	**$ 207.300** **$ 138.200**	79801866 79801884	Compensar. Miplanilla.co m

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

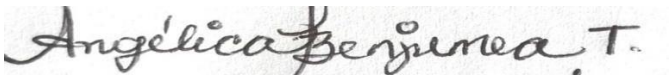
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$ 18.832.166**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 18.832.166**
Saldo del contrato	**-$ 0**

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

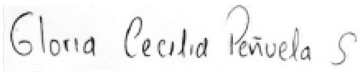
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI (x)	NO

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista: Contratista
C.C. No.

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

Profesional Especializado
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
Supervisor(a) Contrato 232 de 2026

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**EVALUACION DE PROVEEDORES**		
	Código: GAD-GCT-FM8	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

			AAAA	MM	DD
NOMBRE DEL PROVEEDOR	ANGELICA BNJUMEA TUIRAN	**FECHA DE EVALUACIÓN**	2026	5	12
NIT O C.C. No.	33082081	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			2026-01-19		2026-05-12
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	232 -2026/ 2026/01/19				
FECHA ACTA DE INICIO	2026-01-20				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	abenjumeat@invima.gov.co/angietwiran@hotmail.com				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	CALLE 23B # 27B 52 LA TOSCANA SINCELEJO				
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA, AGENDAMIENTO DE LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD, BIODISPONIBILIDAD-BIOEQUIVALENCIA DE LOS REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN CONCEPTO DE LAS SALAS DE LA COMISIÓN REVISORA.				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**	
0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**	
1	**Cumple mínimamente**	**4**	**Supera las expectativas**	

		CALIF 0-4
CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	1
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	1
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	2
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	1
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	2
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	2

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}\ (9)}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}\ (24)} \times 100 = \boxed{37,5}$

EXCELENTE	**91 - 100**
BUENO	**71 - 90**
REGULAR	**50 - 70**
MALO	**0 - 49**

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	**MALO**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato: NINGUNA

Observaciones: Se realiza la cesiòn del contrato,dado que la contratista no cumplio con los objetivos sobre los tiempos de evaluaciòn de modificaciones de seguridad y eficacia de insertos e IPP.

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADORA GRUPO DE APOYO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE MEDICAMENTOS DE LA COMISIÓN REVISORA

Nota N° 1: Sí el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía sí el supervisor lo estima conveniente.

Nota N° 2: Sí son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.

Nota N° 3: Sí son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	*124 de 2025*		
CONTRATISTA:	ANGELICA BENJUMEA TUIRAN	**NIT / CC No.:**	*33082081*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA, AGENDAMIENTO DE LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD, BIODISPONIBILIDAD-BIOEQUIVALENCIA DE LOS REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN CONCEPTO DE LAS SALAS DE LA COMISIÓN REVISORA.		
VALOR DEL CONTRATO	SESENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($61.662.333 COP)		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-19**	**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**304**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-21**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-05 -05**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de medicamentos y productos biológicos**

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
NA	**NA**	**NA**	**NA**

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

5. GARANTÍA

ASEGURADORA	**SEGUROS DEL ESTADO**	**No. de póliza**	21-44-101462026

AMPAROS	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**	
		DESDE	**HASTA**
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**$12.332.466**	**27/01/2025**	**30/06/2026**
CALIDAD EN EL SERVICIO	**$ 18.498.699**	**27/01/2025**	**30/06/2026**

6. SANCIONES

SI_____ **NO**____**X**_____

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____**X**____ **NO**_____

8. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	**VALOR CONTRATO**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 59.947.000
ADICIONES	$ 0
MODIFICACIONES	$0
SUBTOTAL	$ 18.832.166
VALOR EJECUTADO	$ 0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	$0

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA**	**ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN**
1	Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia.	Durante este periodo se realizaron evaluaciones para modificaciones de seguridad y eficacia de insertos e IPP.
2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de	No se asignaron actividades de biodisponibilidad y bioequivalencia en este grupo.

	biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	Durante este periodo no se realizó esta actividad.
4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Se elaboraron y gestionaron respuestas a trámites de evaluación farmacológica de insertos para los tramites de registros sanitarios usando el plan de trabajo mensual
5	Participar activamente en la implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en la implementación de proyectos, de conformidad con las normas vigentes relacionadas con el objeto contractual.	Durante este periodo no se asignó esta actividad.
6	Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicados por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad.	Se participa en cada una de las reuniones programadas: reunión con usuario
7	Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la Comisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas
8	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.	Durante este periodo se alimentó la base d datos del aplicativo registros web, mediante la herramienta completar datos
9	Asistir al Grupo de Apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas

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

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

Ninguna

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE_____ BUENO _____ REGULAR ____ MALO ___X___

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES FORMATO GAD-GCT-FM8)

12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todas las certificaciones de cumplimento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9,** soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	

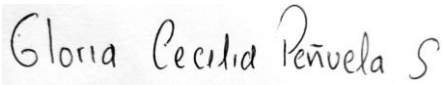
Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO[1] del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número124 de 2025, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 124 de 2025 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

[1] 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, a los 12 días del mes de Mayo de 2026.



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Apoyo Salas Especializadas de Medicamentos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 124 de 2025