	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	179 DE 2026		
CONTRATISTA:	JOHANN ESTEBAN PEREZ PERDOMO	NIT / C.C No. :	1233500459
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, EN LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC) Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS, TENDIENTES A CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN ESTUDIOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS EN SERES HUMANOS, ASI COMO , APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS CERTIFICADOS.		
VALOR DEL CONTRATO	\$59.470.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-19	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	2026-11-18
FECHA DE INICIO:	2026-01-18	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-18
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-03-19	HASTA:	2026-04-18
PAGO NÚMERO:	03	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIÓLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Maria Isabel Vargas Velasco		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar acompañamiento en las visitas, tendientes a certificar establecimientos que realicen estudios clínicos con medicamentos en seres humanos, en el marco de las Buenas Prácticas Clínicas (BPC), y conforme cronograma establecido por el supervisor. Asimismo, elaborar las actas de visitas.	Visita aprobación/re certificación centros. Visitas de inspección, vigilancia y control	N/A
2	Brindar acompañamiento en las visitas de renovación, verificación de nuevas condiciones o seguimiento, en el marco de las Buenas Prácticas Clínicas (BPC), conforme a la asignación del supervisor. Asimismo, elaborar las actas de visitas.	Reunión revisión intención sometimiento protocolos	<ul style="list-style-type: none"> Presentación intención 4970, 4986, 5004, 5015, 4905, 5013, 5012, 4889, 4888 Presentación de protocolo de investigación clínica DEN-HOST



FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

<p>3</p>	<p>Participar activamente en actividades de formación dirigidas a centros de investigación y grupos registrados en Minciencias, con el objetivo de fortalecer capacidades en investigación clínica, según lineamientos del supervisor.</p>	<p>Cursos, talleres, charlas.</p>	<p>N/A</p>
<p>4</p>	<p>Apoyar en la evaluación técnica y clínica de los protocolos de investigación y los trámites asociados a estos, diligenciando el Formato de Informe de Evaluación – FIE, de acuerdo con las solicitudes presentadas por los establecimientos, verificando que estos cumplan con las Buenas Prácticas Clínicas.</p>	<p>Revisión enmiendas Revisión Triadas Revisión manual de investigación y expedientes adicionales</p>	<p>Enmiendas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20261088516 <p>Triadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20261100433 <p>Manual del investigador N/A</p>
<p>5</p>	<p>Proyectar los fundamentos técnicos de los actos administrativos que aprueben o nieguen los protocolos de investigación y sus trámites asociados, diligenciando para tal efecto los aplicativos dispuestos por el Invima. Asimismo, proyectar los requerimientos de subsanación de documentos o cumplimiento de requisitos para viabilizar la evaluación de las solicitudes a aprobación de protocolos de investigación y sus trámites asociados. En todos los eventos, las evaluaciones y análisis deben atender las Buenas Prácticas Clínicas.</p>	<p>Revisión protocolo de investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INT 5012 (20261078452) • INT 4889 (20261078576) • INT 4888 (20261078602) • INT 5029 (20261111384) <p>Respuesta a auto protocolo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20251360545 • 20251370669
<p>6</p>	<p>Brindar recomendaciones técnicas fundamentadas en evidencia científica y literatura especializada, para establecer un balance riesgo-beneficio que respalde la continuidad o suspensión de actividades clínicas, conforme a la normativa sanitaria vigente.</p>	<p>Atención al ciudadano-reuniones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cita No 37 Atención al ciudadano. • Cita No 42 Atención al ciudadano.
<p>7</p>	<p>Generar alertas de seguridad basadas en reportes e incidentes ocurridos durante la ejecución de estudios clínicos, con el fin de apoyar la toma de decisiones regulatorias.</p>	<p>Revisión DSUR/EAS</p>	<p>DSUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20231250888 • 20231255211 • 20231257765 • 20231259076 • 20231259992 • 20231262032 • 20231263394 • 20231262792
<p>8</p>	<p>Alimentar continuamente las bases de datos que establezca la Entidad para seguimiento, incorporando</p>	<p>Diligenciamiento Base de datos protocolos (BD PROTOCOLOS), para los</p>	<p>Enmiendas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20261088516 <p>DSUR</p>

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

	integralmente la información relacionada con el objeto contractual.	radicados asignados en actividades de: Revisión enmiendas Revisión Triadas Revisión manual de investigación y expedientes adicionales Diligenciamiento base de datos DSUR.	<ul style="list-style-type: none"> • 20231250888 • 20231255211 • 20231257765 • 20231259076 • 20231259992 • 20231262032 • 20231263394 • 20231262792 Triadas <ul style="list-style-type: none"> • 20261100433
9	Proyectar oportunamente los fundamentos técnicos de las respuestas a consultas, quejas, peticiones o requerimientos realizados por autoridades administrativas, judiciales u organismos de control, recibidas a través de los canales institucionales, conforme la asignación del supervisor y los tiempos establecidos por la entidad.	Correspondencia	<ul style="list-style-type: none"> • 20251089138 (Con Erwin) • 20251335629 • 20251344908 • 20251348203
10	Asistir a comités, reuniones, mesas técnicas realizando recomendaciones para la actualización normativa en investigación clínica, incluyendo la revisión y mejora de procedimientos, instructivos, guías y manuales regulatorios. La supervisión informará si la asistencia será virtual o presencial.	Capacitaciones Congresos Reuniones	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión concepto sobre firma de consentimientos informados (virtual)

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

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

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 correspondient e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
3	\$5.947.000	\$ 2.378.800	30	\$678.100	72148828	MiPlanilla

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
3	X	

Atentamente,

Firma
Johann Esteban Perez Perdomo
Contratista
C.C: 1.233.500.459

Recibí a satisfacción

Firma
Maria Isabel Vargas Velasco
Coordinadora Grupo de Investigación Clínica
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 179 de 2026

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	JOHANN ESTEBAN PEREZ PERDOMO		NIT/ CC No.	1233500459	
CORREO ELECTRÓNICO	jperezp@invima.gov.co		TELÉFONO	3044590271	
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	179 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	18/11/2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE INVESTIGACION CLINICA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS. EN LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC) Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS, TENDIENTES A CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN ESTUDIOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS EN SERES HUMANOS, ASI COMO , APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS CERTIFICADOS.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-19	FECHA DE INICIO	2026-01-18	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-18
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°.	3	PERIODO OBJETO DE PAGO	19 de Marzo a 18 de Abril de 2026
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	456000125660
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)					
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	
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	72148828				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-03	2026-04-16	\$ 297,400	Famisanar EPS	
PENSIÓN	2026-03	2026-04-16	\$ 380,700	Colfondos	
ARL	N/A	N/A	RIESGO 5 ASUMIDO POR INVIMA	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"/> <ol style="list-style-type: none"> Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 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. 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 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		
	2025	4	20		
 María Isabel Vargas Velasco Coordinadora Grupo de Investigación Clínica Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos Supervisora Contrato 179 de 2026		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		Consecutivo:			
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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233500459	JOHANN ESTEBAN PEREZ PERDOMO		Carrera 86 D # 42A 51 Sur	3044590271	pjohanesteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72148828	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$678.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	297.400	0		0		0	0	0	0	297.400	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	
231001	Colfondos	800227940-6	380.700	0	0	0	0	0	0	0	380.700	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										

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	297.400	297.400
Pensión	1	380.700	380.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	678.100	678.100

