

	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	YADIRA PAOLA JARAMILLO LOZANO		NIT/ CC No.	1070586512	
CORREO ELECTRÓNICO	yjaramillo@gmail.com		TELÉFONO	3153861031	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	421 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	327 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO,				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-29	FECHA DE INICIO	2026-02-02	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-25

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 36.220.700	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 36.220.700	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 32.897.700	VALOR PAGADO	3.323.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	1	PERIODO OBJETO DE PAGO	(02 de febrero al 01 de marzo del 2026)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	570472970061785

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	Indique las observaciones respectivas	Facturas	N/A	
Pago Parafiscales	SI		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?		

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	46942471				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Febrero	2026-02-04	\$ 218,900	Sanitas EPS	
PENSIÓN	Febrero	2026-02-04	\$ 280.200	Colfondos	
ARL	Febrero	2026-02-04	\$ 9.200	Positiva Seguros	
CCF	Febrero	2026-02-04	\$ 35.100	Colsubsidio	

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)					
☐ En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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	3	11

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR DIRECTOR TÉCNICO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS- DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070586512	YADIRA PAOLA JARAMILLO LOZANO	cra 1 30a 40sur	3153861031	paolj186@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46942471	04/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$543.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.100	0	0	35.100	1

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070586512	YADIRA PAOLA JARAMILLO LOZANO		cra 1 30a 40sur	3153861031	paojl86@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46942471	04/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRP	USP	SN	ISE	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 1070586512	JARAMILLO LOZANO YADIRA PAOLA	59	0			N							X									231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF22	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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., 11 de marzo del 2026

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: Yadira Paola Jaramillo Lozano
Identificación: 1.070.586.512

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 certificación¹.

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:

¹ 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 parágrafo 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
Guadalupe Sánchez Jaramillo	15 años	Hija	T.I	1.010.966.752
Danna carolina Rodríguez Jaramillo	21 años	Hija	C.C	1.070.586.515

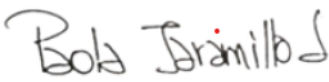
Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

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 (x) : 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 (x) 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 (x)
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 11 días del mes de marzo del 2026


Yadira Paola Jaramillo Lozano
C.C. 1.070.586.512



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1010966752

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 41357398
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	26	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 1 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.													

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido					
SANCHEZ				JARAMILLO					
Nombre(s)									
GUADALUPE									
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo		Factor RH	
Año	2010	Mes	SEP	Día	07	FEMENINO		0 POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)									
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.									

Tipo de documento antecedente	Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		10403206-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
JARAMILLO LOZANO YAGIRA PAOLA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. #1.070.586.512 GIRARDOT	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ VASQUEZ CESAR LEONARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. #79.271.042 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ VASQUEZ CESAR LEONARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #79.271.042 BOGOTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción

Año	2010	Mes	SEP	Día	16	Nombre y apellido del funcionario que autoriza
						GUSTAVO SANCHEZ RODRIGUEZ



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1070586515

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 38792366
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notario ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código J 4 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE GIRARDOT COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT*****

Datos del inscrito

Primer Apellido RODRIGUEZ***** Segundo Apellido JARAMILLO*****
Nombre(s) DANNA CAROLINA*****

Fecha de nacimiento Año 2004 Mes JUL Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO***** Grupo sanguíneo O***** Factor RH +*****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT*****

Tip de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo NA 5451411*****

Datos de la madre Apellidos y nombres completos JARAMILLO LOZANO YADIRA PAOLA*****
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1070586512***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ BOBADILLA WILLIAM ALFONSO*****
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0080177164***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ BOBADILLA WILLIAM ALFONSO*****
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0080177164***** Firma William Rodriguez B

Datos primer testigo Apellidos y nombres completos *****
Documento de identificación (Clase y número) ***** Firma *****

Datos segundo testigo Apellidos y nombres completos *****
Documento de identificación (Clase y número) ***** Firma *****

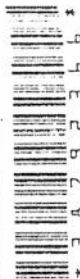
Fecha de inscripción Año 2004 Mes OCT Día 08 Nombre y firma del funcionario que autoriza ANTONIO OVIEDO MATIZ*****
Nombre y firma

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma William A. Rodriguez B. Nombre y firma

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, SE EXPIDE PARA ACREDITAR
PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO
LEY 1260 DE 1970.
VALIDO SIN SELLO DECRETO 1150 DE 1995.

MARTHA LUCIA TORO AREVALO
Registrador Especial del Estado Civil
Girardot, Cundinamarca

5 FEB 2010



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



5 FEB 2010



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

02/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YADIRA JARAMILLO LOZANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1070586512**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570472970061785
Fecha de apertura	17/10/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

	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	421 de 2026		
CONTRATISTA:	Yadira Paola Jaramillo Lozano	NIT / C.C No. :	1.070.586.512
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA CONSOLIDACIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LOS GRUPOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A LOS TRÁMITES Y A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS A SU CARGO.		
VALOR DEL CONTRATO	\$36.220.700		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026/01/29	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	327 días
FECHA DE INICIO:	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026/12/25
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 02/02/2026	HASTA:	01/03/2026
PAGO NÚMERO:	01	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Brindar apoyo en el proceso de planeación, elaboración, asignación, reasignación y seguimiento de los planes de trabajo que se requieran en los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, en los aplicativos destinados en el instituto, de acuerdo con las directrices y lineamientos impartidos por el supervisor del contrato.	Asistencia a reuniones de células de los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, con el fin de adquirir el contexto necesario para brindar apoyo en los procesos de planeación y seguimiento de los planes de trabajo en los aplicativos del instituto.	La evidencia de esta actividad se soporta en reuniones de TEAMS con las células de trabajo C1, C2, C3, C4, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, en reuniones de socialización de planes de trabajo y en planes de trabajo. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
2	Brindar apoyo en el proceso de reparto, firma y notificación de los actos administrativos emitidos por el director técnico de la Dirección de Medicamentos y productos Biológicos.	En el presente periodo de certificación no se me asignaron actividades	N/A

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

3	Preparar y entregar informes relacionados con el estado de los trámites y las actividades a cargo de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, cuando sean requeridos por el director técnico o por el supervisor del contrato.	1.Participación en capacitación para el manejo y actualización de la base de datos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, como insumo para la futura preparación de informes sobre el estado de los trámites.	1. La evidencia se encuentra en reuniones y socialización en las bases de datos compartidas y manejadas en la dirección. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
		2.Apoyo en la proyección del acta de liquidación del contrato N°658 de 2025, mediante la verificación e inclusión de la póliza correspondiente e identificación de los responsables de suscripción, relación de pagos.	2. La evidencia se encuentra en correo electrónico y en los documentos formato acta de liquidación GAD-GCT-FM7, formato informe actividades contratista GAD-GCT-FM9, formato informe final de supervisión GAD-GCT-FM14. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
4	Apoyar en la elaboración y proyección de las respuestas a los requerimientos efectuados por los usuarios internos y externos, y PQRSD relacionados con el objeto contractual competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	En el presente periodo de certificación no se me asignaron actividades	N/A
5	Registrar y actualizar de manera oportuna la información en las bases de datos y herramientas definidas por la Entidad para el seguimiento, incorporando integralmente la información, conforme la estructuración de las Herramientas de la Dirección.	1.Capacitación en el manejo y actualización de las bases de datos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos y para el Grupo de Publicidad con actualización de información en las columnas asignadas, conforme a la estructuración de las herramientas de la Dirección.	1.La evidencia se encuentra en reunión presencial con el grupo de registros y en base de datos. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
		2.Validación de la información contenida en las carpetas compartidas del grupo de Publicidad, como insumo para la elaboración de una propuesta de orden, identificación y manejo del espacio en el archivo digital del grupo.	2.La evidencia se encuentra en las carpetas de los grupos internos. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026

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

6	Asistir a comités y reuniones que requieran de su apoyo, así como en los demás asuntos que se encuentren relacionados con el objeto contractual.	Asistencia a capacitaciones del grupo de publicidad y a reuniones de células de los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, así como, la socialización del funcionamiento de esta dirección.	La evidencia se encuentra en reunión de teams. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
----------	--	---	---

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

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.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL y CCF	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	\$3.323.000	\$1.750.905	30	\$543.400	46942471	Miplanilla. com Compensar

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$36.220.700
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$3.323.000
Saldo del contrato	\$32.897.700

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

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	

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 N°01.

Atentamente,

YADIRA PAOLA JARAMILLO LOZANO
 Contratista
 C.C. No. 1.070.586.512

Recibí a satisfacción:

Firma

SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR Cargo
DIRECTOR TÉCNICO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS- DIRECCIÓN DE
MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
 Supervisor(a) Contrato 421de 2026

VoBo

ERIKA MAYERLY TELLEZ GARCÍA
 Coordinadora Grupo Publicidad