	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN		
	Código: GCON-FOR15	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026-06-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**Sandra Judith Monroy Cárdenas**	**NIT/ CC No.**	51993425
CORREO ELECTRÓNICO	smonroyc@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3212429417
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	**157 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**18/11/2026**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales al Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas 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 síntesis química y productos biológicos, realizando los análisis de la información 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.		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-11-18**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 41.629.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 35.682.000**	**VALOR PAGADO**	**23.788.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 4)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de abril a 18 de mayo del 2026)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**0086-0013075-4**

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)

N. A.

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		**76240928 MES DE ABRIL/26**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ABRIL DE 2026**	**2026-05-04**	**297.500**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**ABRIL DE 2026**	**2026-05-04**	**380.800**	**COLPENSIONES**
ARL	**ABRIL DE 2026**	**2026-05-04**	**12.500**	**POSITIVA**
NÚMERO DE PLANILLA		**85236780 MES DE MAYO/26**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**MAYO DE 2026**	**2026-06-04**	**297.500**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**MAYO DE 2026**	**2026-06-04**	**380.800**	**COLPENSIONES**
ARL	**MAYO DE 2026**	**2026-06-04**	**12.500**	**POSITIVA**

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 deberá 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	7	6	

Gloria Cecilia Peñuela S	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ **Coordinadora del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora - Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos . Supervisora del contrato 157 de 2026**	**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.

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	51993425	SANDRA JUDITH MONROY CARDENAS	calle 65 b 86 86 Interior 16 Apto 102	6012520143	sanjmonroy@yahoo.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
		76240928	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$690.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.500	0		0		0	0	0	0	297.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	380.800	0	0	0	0	0	0		380.800	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	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	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	297.500	297.500
Pensión	1	380.800	380.800
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.800	690.800

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	51993425	SANDRA JUDITH MONROY CARDENAS	calle 65 b 86 86 Interior 16 Apto 102	6012520143	sanjmonroy@yahoo.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
		76240928	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$690.800	

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 51993425	MONROY CARDENAS SANDRA JUDITH	59	0			N																	25-14	2.380.000	30	380.800	0	0	0	0	EPS008	2.380.000	30	297.500	14-23	2.380.000	30	1	12.500		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	51993425	SANDRA JUDITH MONROY CARDENAS	calle 65 b 86 86 Interior 16 Apto 102	6012520143	sanjmonroy@yahoo.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
		85236780	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$690.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.500	0		0		0	0	0	0	297.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	380.800	0	0	0	0	0	0		380.800	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	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	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	297.500	297.500
Pensión	1	380.800	380.800
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	690.800	690.800

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	51993425	SANDRA JUDITH MONROY CARDENAS	calle 65 b 86 86 Interior 16 Apto 102	6012520143	sanjmonroy@yahoo.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
		85236780	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$690.800	

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 51993425	MONROY CARDENAS SANDRA JUDITH	59	0			N																	25-14	2.380.000	30	380.800	0	0	0	0	EPS008	2.380.000	30	297.500	14-23	2.380.000	30	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

	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GCON-FOR7	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	157 de 19 de Enero de 2026			
CONTRATISTA:	Sandra Judith Monroy Cárdenas		**NIT / C.C No. :**	51993425
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales al Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas 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 síntesis química y productos biológicos, realizando los análisis de la información 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.oo			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-19		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	300 días
FECHA DE INICIO:	2026-01-19		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2026-11-18
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2026-04-19	**HASTA:**	2026-05-18
PAGO NÚMERO:	PAGO 4		**DEPENDENCIA:**	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ Coordinador del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos			

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.	Respuesta a consultas y Derechos de petición radicados: Solución PQRS y correo Grupo de Apoyo CR: 20261091369, 20261084072, 20261086022, 20263004467, 20261114868, 20241185363	Respuestas a Derechos de Petición, emitidas a través del aplicativo Sesuite 20261091369 (21/04/2026), 20261084072(27/04/2026), 20261086022 (28/04/2026), 20263004467 (07/05/2026), 20261114868 (12/05/2026), 20241185363 (13/05/2026)
		<u>ATENCIÓN DE CITAS DE USUARIO</u> Salas Especializadas de Medicamentos **– Carnot Laboratorios** 24/04/2026 9:30 – 10:00 a.m. Salas Especializadas de Medicamentos **- Pharmalab**	Reuniones programadas a través de aplicativo Teams. Actas de Atención al usuario, elaboradas a través de formulario virtual. Archivadas en carpeta en SharePoint ATENCIÓN AL CIUDADADANO -2026 – 04 ACTAS ABRIL – 05 ACTAS MAYO

		08/05/2026 10:30 – 11:00 a.m. Salas Especializadas de Medicamentos **- MSD** 15/05/2026 8:00 – 8:30 a.m.	
2	Cumplir el plan de trabajo establecido para cada mes, entregando estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamientos de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia, conforme a la solicitud del titular.	Acorde a los planes de trabajo de Abril y Mayo, se revisa en el aplicativo de registros y Sesuite, los trámites que presentan Anexos al expediente, revisiones de oficio y trámites anteriores que incluyan evaluación de información de CR que se encuentren en curso. Radicados:	Aplicativo Registros sanitarios Correos para solicitud de desistimiento de trámites Actualización de base en SharePoint ASIGNACION TRABAJO MENSUAL GASECR – PLANES DE TRABAJO – CUMPLIMIENTO DE OBJETO LABORAL 2026 - CONTRATISTAS – SANDRA JUDITH MONROY
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los Registros Sanitarios.	<u>RESOLUCION (APROBACIÓN – APROBACIÓN PARCIAL)</u> 20221280608 TRAMAL® LONG 50MG TABLETAS 20221280609 TRAMAL LONG® 100 MG TABLETAS 20241222511 RYBELSUS 14 MG TABLETAS 20241330233 TRAMAL INYECTABL 50MG 20241330241 TRAMAL 100 SLN INYEC 20241196353 NIDIP® 30 MG 20241170579 POSTDAY 1® <u>REQUERIMIENTOS (AUTOS)</u> 20251073163 VALCOTE® ER 250 MG 20251073217 VALCOTE® ER 500 MG <u>SOLICITUD A SALAS CR</u> Envío Aclaración de concepto emitido en Acta 14 de 2024, numeral 3.8.1. SEMNNIMB, sobre indicación uso de Opioides, para continuar con trámites de Autos de: 20241307462 PALEXIS ® 50 MG. 20241307469 PALEXIS® 75 MG 20241307542 PALEXIS® 100MG 20241307568 PALEXIS® 20 MG/ML SOLUCION ORAL 20241307424 PALEXIS® RETARD 25MG 20241307438 PALEXIS® RETARD 50MG 20241307448 PALEXIS® RETARD 100MG 20241307452 PALEXIS® RETARD 150MG	Se registra en aplicativo de registros: en Registros sanitarios / Área de trabajo de acuerdo con los expedientes asignados. Aplicativo SESuite Correo institucional
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros sanitarios de Síntesis Química, Productos Biológicos.	ASIGNACION TRABAJO MENSUAL GASECR – PLANES DE TRABAJO – CUMPLIMIENTO DE OBJETO LABORAL 2026 - CONTRATISTAS – SANDRA JUDITH MONROY	Documento con avances diligenciados para el Plan de trabajo de ABRIL - MAYO a cargo de QF Sandra Monroy Cárdenas

5	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad, consultando de forma permanente, y asimismo generar recomendaciones de los apartes que deben ser ajustados por cambios normativos que tengan impacto en el desarrollo de los estudios.	Se elaboran los Formatos para Evaluación Inicial de Modificaciones de Seguridad y Eficacia, Inserto e IPP FIES, utilizando los formatos actualizados y siguiendo las directrices dadas por el Sistema de Calidad: FIES RESOLUCIONES - AUTOS 20221280608 TRAMAL® LONG 50MG TABLETAS 20221280609 TRAMAL LONG® 100 MG TABLETAS 20241222511 RYBELSUS 14 MG TAB 20241330233 TRAMAL INYECT 50MG 20241330241 TRAMAL 100 SLN INYEC 20241196353 NIDIP® 30 MG 20241170579 POSTDAY 1® 20251073163 VALCOTE® ER 250 MG 20251073217 VALCOTE® ER 500 MG 20251096023 RYBELSUS® 3 MG TAB 20251096032 RYBELSUS® 7 MG TAB 20251096040 RYBELSUS 14 MG TAB INSERTOS Y/O IPP PUBLICADOS en consultaregistroinvima.gov.co 20261030225 SINOVUL®	Actualización en carpeta en SharePoint FIES 2026 – PLANES DE TRABAJO – MODIFICACIONES - SANDRA J MONROY C
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión, presencial o virtual.	Reuniones programadas por Coordinación – Capacitaciones y Programa de Inducción Reuniones programadas por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos – Capacitaciones y Programa de Inducción Entrenamientos específicos a nuevos compañeros	Reuniones agendadas y realizadas a través del aplicativo Teams Listados de asistencia Evaluaciones de la capacitación.

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

ara 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 **Abril y Mayo del año 2026**.

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	$5.947.000	$2.380.000	30	$690.800	76240928	Mi Planilla
	$5.947.000	$2.380.000	30	$690.800	85236780	Mi Planilla

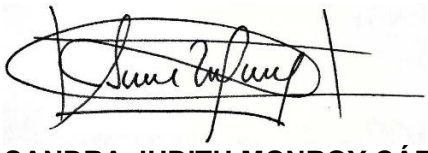
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$59.470.000.oo	
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$23.788.000.oo	
Saldo del contrato	$35.682.000.oo	

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
4	X	

Atentamente,



SANDRA JUDITH MONROY CÁRDENAS
Contratista
C.C. No. 51993425

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ
Coordinación del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas
de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
Supervisor Contrato 157 de 2026