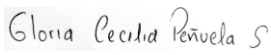


		GESTIÓN CONTRACTUAL			
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN			
		Código: GCON-FOR15	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026-06-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	Sandra Judith Monroy Cárdenas		NIT/ CC No.	51993425	
CORREO ELECTRÓNICO	smonroyc@invima.gov.co		TELÉFONO	3212429417	
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 INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-18
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 29.735.000	VALOR PAGADO	29.735.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N.A.	PERIODO OBJETO DE PAGO	(19 de mayo a 18 de junio 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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
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	
NÚMERO DE PLANILLA	92877764 MES DE JUNIO/26				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JUNIO DE 2026	2026-07-03	297.500	COMPENSAR	
PENSIÓN	JUNIO DE 2026	2026-07-03	380.800	COLPENSIONES	
ARL	JUNIO DE 2026	2026-07-03	12.500	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)					
☐ 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	7	6	
		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.					

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/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					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.500	0		0		0	0	0	0	297.500	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	380.800		0	0	0	0	0	0		380.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		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

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.	

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	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	AGE	LAA	SG	ANC	VCT	IRL	CORRECCION	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	0

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92877764	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$690.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.500	0		0		0	0	0	0	297.500	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	380.800		0	0	0	0	0	0		380.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						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
		92877764	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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

	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	\$59.470.000.00		
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: 2026-05-19	HASTA:	2026-06-18
PAGO NÚMERO:	PAGO 5	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: 20261103931, 20261147644, 20261159816	Respuestas a Derechos de Petición, emitidas a través del aplicativo Sesuite 20261103931 (25/05/2026), 20261147644 (27/05/2026), 20261159816 (09/06/2026)
		<u>ATENCIÓN DE CITAS DE USUARIO</u> Salas Especializadas de Medicamentos – Bristol Myers Squibb de Col 22/05/2026 10:30 – 11:00 a.m. Salas Especializadas de Medicamentos – Laproff 05/06/2026 9:00 – 9:30 a.m.	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 – 05 ACTAS MAYO – 06 ACTAS JUNIO

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

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 Mayo y Junio, 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:	<p>Aplicativo Registros sanitarios</p> <p>Correos para solicitud de desistimiento de trámites</p> <p>Actualización de base en SharePoint ASIGNACION TRABAJO MENSUAL GASECR – PLANES DE TRABAJO – CUMPLIMIENTO DE OBJETO LABORAL 2026 - CONTRATISTAS – SANDRA JUDITH MONROY</p>
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los Registros Sanitarios.	<p><u>RESOLUCION (APROBACIÓN – APROBACIÓN PARCIAL)</u></p> <p>20241336535 HEMLIBRA® 30 MG/ML SOLUCION INYECTABLE</p> <p>20241336536 HEMLIBRA® 150 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>20241336585 BETAMETASONA CREMA</p> <p>20241336586 BETAMETASONA 0.05% CREMA</p> <p>20251096023 RYBELSUS® 3 MG TAB</p> <p>20251096032 RYBELSUS® 7 MG TAB</p> <p>20251096040 RYBELSUS 14 MG TAB</p> <p>20251120451 OZEMPIC® (1.34 MG/ML)</p> <p>20251075428 INCRELEX® 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>20221276515 ALCaine 0.5% SOLUCION OFTALMICA</p> <p>20221280570 TRAMAL® CAPSULAS.</p> <p>20221280603 TRAMAL® GOTAS</p> <p>20231177164 REAMPLA®</p> <p>20231212564 MOZOBIL®</p> <p>20231223526 CRYOGAS-GRUPO INDURA (OXIDO NITROSO MEDICINAL)</p> <p><u>RESOLUCION (NEGACIÓN)</u></p> <p>20241336587 BETAMETASONA/ CLOTRIMAZOL/NEOMICINA CREMA</p> <p><u>RECURSO DE REPOSICIÓN REASIGNADO</u></p> <p>20241170588 STELARA® 45 MG/0.5 ML</p>	<p>Se registra en aplicativo de registros: en Registros sanitarios / Área de trabajo de acuerdo con los expedientes asignados.</p> <p>Aplicativo SESuite</p> <p>Correo institucional</p>

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

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 MAYO - JUNIO 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.	<p>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:</p> <p><u>FIES RESOLUCIONES</u></p> <p>20241336535 HEMLIBRA® 30 MG/ML SOLUCION INYECTABLE 20241336536 HEMLIBRA® 150 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE 20241336585 BETAMETASONA CREMA 20241336586 BETAMETASONA 0.05% CREMA 20251096023 RYBELSUS® 3 MG TAB 20251096032 RYBELSUS® 7 MG TAB 20251096040 RYBELSUS 14 MG TAB 20251120451 OZEMPIC® (1.34 MG/ML) 20251075428 INCRELEX® 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE 20221276515 ALCaine 0.5% SOLUCION OFTALMICA 20221280570 TRAMAL® CAPSULAS. 20221280603 TRAMAL® GOTAS 20231177164 REAMPLA® 20231212564 MOZOBIL® 20231223526 CRYOGAS-GRUPO INDURA (OXIDO NITROSO MEDICINAL) 20241336587 BETAMETASONA/ CLOTRIMAZOL/NEOMICINA CREMA</p>	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	Reuniones programadas por Coordinación – Capacitaciones y Programa de Inducción	

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

	convoquen por la supervisión, presencial o virtual.	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

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 **Mayo y Junio 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)
5	\$5.947.000	\$2.380.000	30	\$690.800	85236780	Mi Planilla
	\$5.947.000	\$2.380.000	30	\$690.800	92877764	Mi Planilla

5. BALANCE FINANCIERO

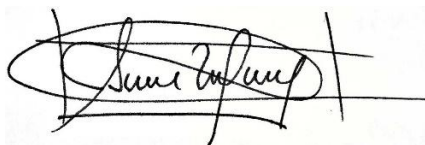
Valor total del contrato	\$59.470.000.00	
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$29.735.000.00	
Saldo del contrato	\$29.735.000.00	

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

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

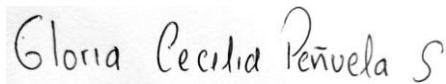
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
5	X	

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