	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	**Nancy Paola Acosta Acosta**	**NIT/ CC No.**	1018421283
CORREO ELECTRÓNICO	nacostaa@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3505985585
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	**231 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**10 meses - 19-11-2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN 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 SÍINTESIS 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	**2026-01-21**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-23**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-11-19**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 53.523.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 47.576.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 11.894.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de febrero 2026 al 22 marzo de 2026)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**7100857262**

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**	NO	
Pago Parafiscales	SI	**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**1079833235**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**feb-26**	2026-03-19	$ 297.400	**FAMISANAR**
PENSIÓN	**feb-26**	2026-03-19	$ 380.700	**COLPENSIONES**
ARL	**feb-26**	2026-03-19	$ 12.500	**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

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 ejecución 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**	
	2025	3	24	

Gloria Cecilia Peñuela S	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ **Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.**	**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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-30, 10:51:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079833235

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 19/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY PAOLA ACOSTA ACOSTA		
Documento	CC1018421283	**Dirección**	TRA 42 5G 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3505985585
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018421283	NANCY PAOLA ACOSTA ACOSTA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.378.800	$ 380.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.378.800	$ 297.400	0,522	$ 2.378.800	$ 12.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 690.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.378.800	$ 2.378.800	$ 2.378.800	$ 0	$ 380.700	$ 297.400	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 690.600	$ 0	$ 690.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**231 de 2026**			
CONTRATISTA:	**Nancy Paola Acosta Acosta**		**NIT / C.C No. :**	1018421283
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PREEVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SÍINTESIS 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	CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROSCIENTEOS SETENTA MIL PESOS MCTE ($ 59.470.000)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026/01/21		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	300
FECHA DE INICIO:	2026/01/23		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2026/11/19
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2026/02/23	**HASTA:**	2026/03/22
PAGO NÚMERO:	SEGUNDO (02)		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ** Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo de se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato.	**Generación de agenda para la sala especializada**	**Radicados Nros.:** 20241341855 20241341982 20241342129 20251015360 20251032200 20221279899 20231127696 20231130119 20231234812 20231234818 20231236746 20231245227 20231267306 20231270354 20231271253 20231271579 20231271602

			20231099648 20231099787 20231069943
2	Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato, 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 a la solicitud del titular.	**Generación de agenda para la sala especializada** **Respuesta a derechos de petición y/o correspondencias** **Respuesta a Correo del grupo**	**Radicados Nros.:** 20241341855 20241341982 20241342129 20251015360 20251032200 20221279899 20231127696 20231130119 20231234812 20231234818 20231236746 20231245227 20231267306 20231270354 20231271253 20231271579 20231271602 20231099648 20231099787 20231069943 20241104744 20241140724 20241332859 20241332978 20241331397 20241291374 20211204100 20241325770
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos.	**Atención a Usuarios**	**Radicados Nro.:** 20231156361 20231156313 20241298343 20241301561
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de registros sanitarios de síntesis química, productos biológicos.	**Programación de agendas**	**Radicados Nros.:** 20241341855 20241341982 20241342129 20251015360 20251032200 20221279899 20231127696 20231130119 20231234812 20231234818 20231236746

			20231245227 20231267306 20231270354 20231271253 20231271579 20231271602 20231099648 20231099787 20231069943
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 que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.	**No aplica**	**No aplica**
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informara si la asistencia es presencial o virtual.	**Actividades adicionales**	1. Seguimiento y entrenamiento para Agendamientos: respuesta de auto y recurso de reposición. 2. Gestión de planes de trabajo y diligenciamiento de bases de datos - Pausas activas

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
NA.	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	No. de planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5.947.000	$ 2.378.800	30	690.600 (EPS, Pensión y ARL)	1079833235	Aportes en línea

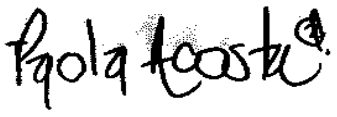
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 59.470.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11.894.000
Saldo del contrato	$ 47.576.000

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

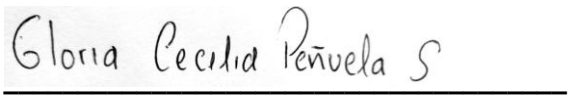
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Acta de inicio	X	
Cuenta de cobro: Pago 1	X	
C2enta de cobro: Pago 2	X	

Atentamente,



Nancy Paola Acosta Acosta
Contratista
C.C. No. 1.018.421.283 de Bogotá

Recibí a satisfacción:



Firma
GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Cargo: Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 231 de 2026