

	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	YADIRA PAOLA JARAMILLO LOZANO		NIT/ CC No.	1070586512	
CORREO ELECTRÓNICO	paolj86@hotmail.es		TELÉFONO	3153861031	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		N/A		
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	\$ 22.928.700	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 19.605.700	VALOR PAGADO	16.615.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(02 de junio al 01 de julio 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)					
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	SI		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	91838388				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	jun-26	2026-06-12	\$ 218.900	Sanitas EPS	
PENSIÓN	jun-26	2026-06-12	\$ 280.200	Colfondos	
ARL	jun-26	2026-06-12	\$ 9.200	Positiva Seguros	
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	2
 SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR DIRECTOR TÉCNICO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS- DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS			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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91838388	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$543.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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										
231001	Colfondos	800227940-6	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	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	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 DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91838388	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$543.400	

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subgrupo	Extranjero	Calidad Labor	Envejecida	IND	REI	TRE	TAE	TDP	TAP	VGP	VSF	SLN	ISE	LMA	AVC	AVS	VOT	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	Cotización	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070596512	JARAMILLO LOZANO YADIRA PAOLA	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EP5005	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

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

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: 02-06-2026	HASTA:	2026-07-01
PAGO NÚMERO:	05	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	SANDRA MARIA 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.	Realizar reuniones, correos, mensajes, a las 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 seguimiento de los planes de trabajo en los aplicativos del instituto.	La evidencia de esta actividad se soporta en correos, llamadas, mensajes por Teams, con las células de trabajo C1, C2, C3, C4, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, Bio Bio, en reuniones de seguimiento de planes de trabajo. La evidencia se encuentra en la carpeta compartida de nombre CUENTAS DE COBRO. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026 CUENTAS DE COBRO
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 CONTRACTUAL		
	INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GCON-FOR7	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

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.Verifiqué 36 cuentas de cobro para el formato Certificación de Cumplimiento para Pago e Informe de Supervisión GCON-FOR15 y aportes a planilla. 2.Preparé informes al coordinador del grupo de registros en trámites y actividades en 46 planes de trabajo a partir del día 22 de junio. 3.Realicé la verificación del envío de los FIES al correo fies.rsmp@invima.gov.co que relacionan en los planes de trabajo exclusivamente para las cuentas de cobro revisadas.	1.La evidencia se encuentra en la carpeta compartida de nombre CUENTAS DE COBRO. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2.La evidencia se encuentra dentro de los planes de trabajo en la columna "REVISIÓN LIDER / COORDINA" Disponible en el siguiente hipervínculo: CELULAS DE TRABAJO 3.La evidencia se encuentra dentro de los planes de trabajo en la columna "REVISIÓN LIDER / COORDINA" Disponible en el siguiente hipervínculo: CELULAS DE TRABAJO
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.	Se realizó seguimiento a los tickets internos de las células de trabajo y solicitudes de inconvenientes con el área Gestión Documental, gestionando con las áreas responsables la oportuna atención y respuesta a los requerimientos, mediante correos y mensajes por Teams, contribuyendo al cumplimiento en la proyección y cierre de solicitudes relacionadas.	La evidencia se encuentra en correos y mensajes por Teams. Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026

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

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.	Realicé el cargue de FIES en la herramienta Utilitario Invima, correspondientes a los días 01-05-2026 al 22-05-2026 para un total de 433 Fies, conforme a la estructura definida para este.	La evidencia se encuentra en el informe Excel de nombre Evidencia_5 FIE Disponible en el siguiente hipervínculo: CUENTAS DE COBRO 2026
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 reunión semanal de célula madre y a reuniones con coordinadores de los grupos que componen la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos	La evidencia se encuentra en reuniones por 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 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	\$3.323.000	\$1.750.905	30	\$508.300	91838388	Miplanilla. com Compensar

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$36.220.700
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$16.615.000
Saldo del contrato	\$19.605.700

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
1-2-3-4-5	X	

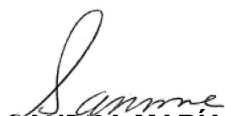
Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre CTO 421 de 2026_Pago5_Yadira Paola Jaramillo Lozano

Atentamente,



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

Recibí a satisfacción:



SANDRA MARÍA MONTOYA ESCOBAR
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 421 de 2026



VoBo
ÁNGELA MARÍA BERMUDEZ DOMINGUEZ
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados