

	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	JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO		NIT/ CC No.	80755536	
CORREO ELECTRÓNICO	jfelicianoa@invima.gov.co		TELÉFONO	3005615061	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		N/A		
No. CONTRATO	133 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	25/11/26	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRE- CONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLÍNICOS Y CLÍNICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA, QUE DEBAN SER				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-22	FECHA DE INICIO	2026-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-25
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 97.810.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 68.467.000	VALOR A PAGAR	\$ 9.781.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 58.686.000	VALOR PAGADO	39.124.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 4
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	JEFA-1024	PERIODO OBJETO DE PAGO	(26 de abril al 25 de mayo del 2026)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	8500661809
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)					
Ninguna					
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					
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-05	2026-06-04	\$ 902.200	COMPENSAR	
PENSIÓN	2026-05	2026-06-04	\$ 1.154.800	COLPENSIONES	
ARL	2026-05	2026-06-04	\$ 175.900	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	6	30	
 Gloria Cecilia Peñuela		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR		Consecutivo:			
CARGO Y DEPENDENCIA					
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.					

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TÍTULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES AÑO 2026**

Bogotá D.C.

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: JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO

Identificación: 80755536

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	Instituto Nacional de Cancerología	26/01/26	31/12/26	92.254.868,00	8.261.630,00
2					
3					
				92.254.868,00	8.261.630,00

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 (10)%

Si en numeral 6 marco **SI** dirijase 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 párrafo 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

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 adicional por salud SI () NO () : 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 () 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 ()

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 30 días del mes de junio de 2026



Firma: _____
Nombres y Apellidos: JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO
C.C. 80755536

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA AFILIADOS Y SALUD
CC	80755536	JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO	CALLE 137 55 42	3005615061	jefeliciano@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MESES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MESES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPD	
		86083903	04/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-05	1	\$0	\$2.305.100		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	902.200	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Valor Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900396004-7	1.154.800	0	0	36.100	0	0	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		Valor	Cotización								
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	175.900				175.900	175.900	0	0	175.900			1.759	175.900	1

TOTALES CAJAS									
Nombre									
Código CCF									

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	902.200	902.200
Pensión	1	1.227.000	1.227.000
Riesgos Laborales	1	175.900	175.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.305.100	2.305.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPO
		86083903	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2,305,100	

A
 D
 A
 G
 A
 P

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
aecf79b9f9480765ffc9f8bcc9a26edee201c57723ed186aaf0f516efe3f30e79be69d5095c7b5001988b75ce7561236
Número de Factura: JEFA-1024
Fecha de Emisión: 30/06/2026
Fecha de Vencimiento: 30/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FELICIANO ALFONSO JOHN EDWIN
Nombre Comercial: FELICIANO ALFONSO JOHN EDWIN
Nit del Emisor: 80755536
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 137 55 42
Teléfono / Móvil: 3005615061
Correo: jefelicianoa@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830000167
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0010	ASESORIA	NIU	1,00	\$ 9.781.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 9.781.000,00

Notas Finales

Línea de negocio: Línea de negocio: 19-12-00,133;gpenuelas@invima.gov.co

Datos Totales



Documento generado el:
30/06/2026 18:50:02
Documento validado por la
DIAN:
30/06/2026 18:50:02
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	9781000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9781000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	9781000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 9781000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	9.781.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9.781.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	9.781.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 9.781.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764091176527 Rango desde: 1001 Rango hasta: 1100 Vigencia: 2027-03-28

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	133 de 2026		
CONTRATISTA:	JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO	NIT / C.C No. :	80755536
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRE- CONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLÍNICOS Y CLÍNICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA, QUE DEBAN SER PUESTO A CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN REVISORA; ASÍ COMO, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA GESTIÓN Y TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES SOBRE LOS USOS NO INCLUIDOS EN LOS REGISTROS SANITARIOS - UNIRS, ORIENTADOS A FORTALECER EL ASEGURAMIENTO SANITARIO.		
VALOR DEL CONTRATO	NOVENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE (\$97.810.000).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-22	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300
FECHA DE INICIO:	2026-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-04-26	HASTA:	2026-05-25
PAGO NÚMERO:	4	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez.		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Documentar el proceso de estudio de los trámites de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración, condición de venta e inclusión del listado UNIRS conforme al formato de evaluación establecido para tal fin.	Producto: JIVI ® 1000 UI Radicado: 20241325808 Producto: JIVI ® 2000 UI Radicado: 20241325829 Producto: PALEXIS ® RETARD 25 mg Radicado: 20241328216 Producto: PALEXIS ® RETARD 50 mg Radicado: 20241331027	Documentos FIE Carpeta CONTRATISTAS biblioteca de la Comisión Revisora. LINK: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA_GASECR/Documents%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBIBLIOTECA%5FCOMISION%5FREVISORA%5FGASECR%2FDocumentos%20compartidos%2FASIGNACION%20TRABAJO%20MENSUAL%20GASECR%2FPLANES%20DE%20TRABAJO%20%2D%20CUMPLIMIENTO%20DE%20OBJETO%20LABORAL%202026&viewid=817148a8%2D441a%2D4156%2Db9e0%2D8d5f32

		Producto: PALEXIS ® RETARD 100 mg Radicado: 20241331028 Producto: PALEXIS ® RETARD 150 mg Radicado: 20241331029	3242cd&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1772978532116&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=c2896403%2D0b50%2D55fd%2Da283%2D0ce2f49095d2&clickParams=eyJYLUFWcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uljoiMjAyNjA5MjcwMDluMTYiLCJPUyI6Ik1hYyBPUyBYIHVuZGVmaW5lZCJ9&cidOR=Client&FolderCTID=0x012000FCA13B56286C9C42A5BD1720E0420FCC
2	Emitir los preconceptos que deban ser puestos a consideración de la Sala Especializada de la Comisión Revisora sobre los estudios preclínicos y clínicos presentados de solicitudes de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y de las solicitudes de inclusión de indicaciones en el listado UNIRS, orientados a fortalecer el aseguramiento sanitario.	Producto: JIVI ® 1000 UI Radicado: 20241325808 Producto: JIVI ® 2000 UI Radicado: 20241325829 Producto: PALEXIS ® RETARD 25 mg Radicado: 20241328216 Producto: PALEXIS ® RETARD 50 mg Radicado: 20241331027 Producto: PALEXIS ® RETARD 100 mg Radicado: 20241331028 Producto: PALEXIS ® RETARD 150 mg Radicado: 20241331029	Documentos FIE Carpeta CONTRATISTAS biblioteca de la Comisión Revisora. LINK: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA_GASECR/Documents%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBIBLIOTECA%5FCOMISION%5FREVISORA%5FGASECR%2FDocumentos%20compartidos%2FASIGNACION%20TRABAJO%20MENSUAL%20GASECR%2FPLANES%20DE%20TRABAJO%20%2D%20CUMPLIMIENTO%20DE%20OBJETO%20LABORAL%202026&viewid=817148a8%2D441a%2D4156%2Db9e0%2D8d5f323242cd&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1772978532116&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=c2896403%2D0b50%2D55fd%2Da283%2D0ce2f49095d2&clickParams=eyJYLUFWcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uljoiMjAyNjA5MjcwMDluMTYiLCJPUyI6Ik1hYyBPUyBYIHVuZGVmaW5lZCJ9&cidOR=Client&FolderCTID=0x012000FCA13B56286C9C42A5BD1720E0420FCC
3	Participar activamente en las sesiones de las salas especializadas donde se discutan los preconceptos resultantes de cada estudio, dando las precisiones o aclaraciones que sean requeridas.	No requerido	----- -----
4	Resolver consultas relacionadas con estudios clínicos y preclínicos de usuarios internos y externos allegadas mediante el sistema PQRS y atención al usuario, conforme designación de la supervisión.	No requerido	----- -----

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

5	Socializar a nivel interno los preconceptos y conceptos de las decisiones adoptadas por la Sala Especializada de la comisión Revisora, precisando los fundamentos técnico - científicos que fueron tenidos en cuenta, en aras de adoptar lineamientos para futuros estudios que deban ser adelantados por los diferentes grupos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos. Lo anterior, a fortalecer el aseguramiento sanitario y conforme cronograma establecido por la supervisión.	No requerido.	----- -----
6	Brindar acompañamiento desde su experticia técnica al Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora orientando sobre asuntos relacionados con el objeto contractual.	No requerido.	----- -----
7	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 incidan en los trámites asociados de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	No requerido.	----- -----
8	Alimentar continuamente las bases de datos y listados relacionados con las solicitudes de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.	No requerido	----- -----
9	Hacer las recomendaciones desde su experticia técnica a la supervisión del contrato, sobre asuntos de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS, cuando estos temas sean tratados con diferentes instancias internas y externas.	No requerido.	----- -----
10	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Sesión Sala Especializada 11 de mayo de 2026	Llamada reunión Microsoft Teams.

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

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

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
2.	N/A	N/A	N/A	N/A
.....	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 planillas, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de 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	\$ 9.781.000	\$ 7.217.000	30 DÍAS MAYO	\$902.200, \$1.154.800 y \$175.900	86083903	Compensar/ miplanilla.co m

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 97.810.000,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 39.124.000
Saldo del contrato	\$ 58.686.000

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
4	X	



GESTIÓN CONTRACTUAL

INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

Código: GCON-FOR7

Versión: 01

Fecha de emisión: 2026/06/01

Atentamente,

JOHN EDWIN FELICIANO ALFONSO

Contratista

C.C. No.: 80755536

Recibí a satisfacción:

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

Coordinadora del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Supervisora Contrato 133 de 2026