

	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 PATRICIA PEREA MOSQUERA		NIT/ CC No.	52220902	
CORREO ELECTRÓNICO	sandraperrea.mos@gmail.com, spereamo@invima.gov.co		TELÉFONO	3118865330	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	125 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	Once (11) meses y doce (12) días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA REVISIÓN Y RESPUESTA DE LAS SOLICITUDES DE VISITA DE CERTIFICACIÓN DE ALMACENAMIENTO, ACONDICIONAMIENTO Y/O MANUFACTURA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO RESPECTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIA DE LA MISIONAL				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	17 de enero 2026	FECHA DE INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 37.882.200	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 20.491.833	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 17.168.833	VALOR PAGADO	20.713.367	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 7)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(30 de junio al 29 de julio del 2026)
BANCO	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	24084119410
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)					
Se realiza cesión del Contrato No. 125 de 2026, a la señora SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.220.902, a partir del 30 de junio de 2026, con un valor de cesión de \$ 20.491.833					
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	NO	Ingreso a Almacén	NO		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	NO		
Carné	NO	Otros. Cuales?	SI		
RUT, CERTIFICACIÓN BANCARIA Y DECLARACIÓN JURAMENTADA.					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	93883277				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JULIO DE 2026	2026-07-31	218.900	COMPENSAR	
PENSIÓN	JULIO DE 2026	2026-07-31	280.200	PORVENIR	
ARL	JULIO DE 2026	2026-07-31	9.200	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 periodo 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	31		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
ADRIANA CAROLINA MORENO TRUJILLO COORDINADORA GRUPO TECNICO DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS		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	52220902	SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA	Cra 40 A # 19-44 SUR BR CIUDAD MONTES 3	6012027903	sandraperea.mos@gmail.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
		93883277	31/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$508.300	

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	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										
230301	Porvenir	800224808-8	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	

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52220902	SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA		Cra 40 A # 19-44 SUR BR CIUDAD MONTES 3	6012027903	sandraperea.mos@gmail.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
		93883277	31/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$508.300	

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	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 52220902	PEREA MOSQUERA SANDRA PATRICIA	59	0			N														230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA Identificado con CC 52220902

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CIUDAD MONTES, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24084119410
Fecha de apertura:	25 de Abril de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 31 de Julio de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO 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: SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA
Identificación: 52220902 DE BOGOTA

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					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

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 ()%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase 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 parágrafo 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 adicionales por salud SI () NO (X) : 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 (X) 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 (X)
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 a los 31 días del mes de julio del 2026.



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Sandra Patricia Perea Mosquera
C.C. 52220902

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141256316097			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 2 2 0 9 0 2		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 2 2 0 9 0 2	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido PEREA		32. Segundo apellido MOSQUERA		33. Primer nombre SANDRA	
34. Otros nombres PATRICIA		35. Razón social			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CR 40 A 19 44 SUR					
42. Correo electrónico sandraperea.mos@gmail.com					
43. Código postal 1 1 1 6 3 1		44. Teléfono 1 3 1 1 8 8 6 5 3 3 0		45. Teléfono 2 6 0 1 2 0 2 7 9 0 3	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7 4 9 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 3 1 0		48. Código 7 0 2 0	
49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 1 0 2		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 2 4 9					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros		Exportadores			
54. Código		55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo		58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2026-06-26 / 09:36:50AM	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:		Firma autorizada:			
984. Nombre PEREA MOSQUERA SANDRA PATRICIA		985. Cargo CONTRIBUYENTE			

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO	125 de 2026		
CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA PEREA MOSQUERA	NIT / C.C No. :	52220902
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA REVISIÓN Y RESPUESTA DE LAS SOLICITUDES DE VISITA DE CERTIFICACION DE ALMACENAMIENTO, ACONDICIONAMIENTO Y/O MANUFACTURA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO RESPECTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIA DE LA MISIONAL.		
VALOR DEL CONTRATO	37.882.200		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	17 de enero 2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	Once (11) meses y doce (12) días
FECHA DE INICIO:	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-12-30
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-06-30	HASTA:	2026-07-29
PAGO NÚMERO:	SIETE	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ADRIANA CAROLINA MORENO TRUJILLO Coordinadora del Grupo Técnico		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar la evaluación de las solicitudes de visitas de certificación dirigidas a establecimientos fabricantes e importadores de dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro mediante la emisión de requerimientos correspondientes conforme a la normativa vigente	ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO DURANTE ESTE PERIODO	
2	Asistir a las visitas de verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad sanitaria vigente y que sean designadas por el supervisor del contrato	ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO EN ESTE PERIODO	

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

3	Realizar la asignación, elaboración y proyección oportuna desde el punto de vista técnico de respuestas a derechos de petición, solicitudes de información, requerimientos asignados y demás documentación relacionada con los trámites de certificaciones de establecimientos fabricantes e importadores de dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro y/o equipos biomédicos	Gestión de correspondencia y Derechos de Petición a través de Sesuite	Durante el periodo se dio respuesta a los siguientes radicados: 20261217450 20261217840
4	Atender, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la supervisión, las consultas que sean remitidas al Grupo Técnico por los diferentes grupos de valor, a través de los canales de atención establecidos por la entidad, y elaborar el acta correspondiente cuando sea necesario	ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZO DURANTE ESTE PERIODO	
5	Apoyar la gestión en la revisión, sistematización y actualización de la información y documentación técnica derivada de las visitas realizadas a establecimientos importadores y fabricantes de dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro	Gestión de los procesos de transporte de menos de 75 Km, apoyo en la gestión de certificados pagos	Durante el periodo se gestionó los documentos correspondientes a la gestión de transporte de distancias menores a 75 km para los funcionarios y contratistas del Grupo Técnico dentro del periodo de ejecución.
6	Gestionar el diligenciamiento y la actualización permanente de las bases de datos relacionadas con certificaciones y trámites asignados al Grupo Técnico, conforme a las directrices establecidas por el supervisor del contrato	Actualización de la base general de establecimientos certificados por el Grupo Técnico	Durante el periodo se realizó la actualización de la base general de establecimientos certificados según lo requerido en las solicitudes hechas a través de SeSuite.
7	Prestar apoyo técnico en la planeación de visitas de Inspección, vigilancia y control, así como el análisis de las actas generadas de esta actividad incluyendo su archivo	Consolidado de planeación de visitas de IVC Capacitación para el desempeño de tareas asignadas	Durante el periodo se realizaron consolidados de la programación de visitas de IVC (19) para ser remitidas a la dirección de Operaciones Sanitarias.

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

			Realización del módulo de inducción al Grupo Técnico del Recibí diferentes capacitaciones para el buen desempeño de las tareas asignadas: - Entrenamiento bases de datos. - Capacitación cambio DT. - Tipos de certificación -Tablas de retención documental, organización de expedientes, inactivación de expedientes. - Entrenamiento resoluciones para desistimiento.
--	--	--	--

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 julio 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)
SIETE	3.323.000	1.750.905	30	\$508.300	93883277	MI PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 37.882.200
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 20.713.367
Saldo del contrato	\$17.168.833

	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
SIETE	X	

Atentamente,



Sandra Patricia Perea Mosquera
Contratista
C.C. No. 52.220.902

Firma 

ADRIANA CAROLINA MORENO TRUJILLO
Coordinadora del Grupo Técnico
Dirección de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías
Supervisora Contrato 125 DE 2026