| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS |
|---|---|---|
| invima | **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** | **HECTOR ARTURO ZULETA GARCIA** | **NIT/ CC No.** | 73196216 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | hzuletag@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3157365696 |
| **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** | **505 de 2022** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **300 DIAS** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS, PLANES DE GESTIÓN DE RIESGO E INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, FITOTERAPÉUTICOS, SUPLEMENTOS DIETARIOS, HOMEOPÁTICOS Y EMITIR CONCEPTO MEDICO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE POS COMERCIALIZACIÓN ASOCIADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **26/01/2022** | **FECHA DE INCIO** | **27/01/2022** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **26/11/2022** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 49.944.000** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 49.944.000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 4.994.400** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 44.949.600** | **VALOR PAGADO** | **$ 4.994.400** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **1** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **(27 de Enero al 26 de Febrero del 2022)** |
| **BANCO** | **COLPATRIA** | **TIPO DE CUENTA** | AHORROS | **No DE CUENTA** | **9352000637** |

**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** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | NO | **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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | | **9431004190** | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **ENERO** | **17/02/2022** | **$ 250.000** | **SANITAS EPS** |
| **PENSIÓN** | **ENERO** | **17/02/2022** | **$ 320.000** | **PROTECCION** |
| **ARL** | **ENERO** | **17/02/2022** | **$ 10.500** | **COLPATRIA** |

*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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn 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.**

| | DD | MM | AA |
|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | 11 | 3 | 2022 |



**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | |
| **Consecutivo:** | |

**JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO**

**Asesor de Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia**

**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.

| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA** | | |
| | Código: GAD-ABS-FM027 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 10/06/2020 |

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | *505 de 2022* | | | |
| **CONTRATISTA:** | **HECTOR ZULETA GARCIA** | | **NIT / C.C No. :** | *73196216* |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS, PLANES DE GESTIÓN DE RIESGO E INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, FITOTERAPÉUTICOS, SUPLEMENTOS DIETARIOS, HOMEOPÁTICOS Y EMITIR CONCEPTO MEDICO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE POS COMERCIALIZACIÓN ASOCIADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA** | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | Cuarenta y nueve millones novecientos cuarenta y cuatro mil pesos /CTE ($49.944.000) | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 26/01/2022 | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 300 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 27/01/2022 | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 26/11/2022 |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | 27/01/2022 | **HASTA:** | 26/02/2022 |
| **PAGO NÚMERO:** | 01 | | **DEPENDENCIA:** | DMPB |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO** | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACCIONES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** |
| **1.** | **Apoyar a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en la planeación, preparación y realización de las actividades técnicas de vigilancia epidemiológica y de pos comercialización de los productos competencia del Invima que se le asignen.** | 1 Mesa convenio FNE - INVIMA<br>2 Mesa convenio FNE - INVIMA | reunió realizada por teams<br>reunió realizada por teams |
| **2.** | **Prestar apoyo técnico a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Invima en la elaboración de respuestas a las consultas internas, externas, derecho de petición y recursos recibidos por los medios dispuestos por la entidad, de acuerdo2Kla normativa sanitaria y los procedimientos vigentes, relacionados con el objeto contractual.** | Correspondencia radicado **2022150044** (24/02/2022)<br>Socialización de parámetros para dar respuesta a correspondencias (Acuse de recibido y respuestas a correspondencias en contingencial actual del Invima) (24/02/2022)<br>Correspondencia radicado **20221004589 001** (04/02/2022) | Correos enviados de acuerdo a nuevo flujograma<br>evidencia en el aplicativo sesuit<br>Reunión teams ( Sergio Cáceres y Diana gil) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **3.** | **Asistir a las diferentes reuniones internas 0 externas que le indique el supervisor del contrato, para 10 que se hace necesario elaborar las actas y demás informes o documentos, coma constancia de las mismas relacionadas con el objeto contractual.** | | |
| | | Visita reprogramada clínica farallones-- capacitación lista de asistencia- soportes y cargues de evidencia | Reunión realizada por teams |
| | | Taller de vigiflow con IPS de Bogotá | Reunión realizada por teams |
| | | Segunda reunión mesa trabajo FNE-INVIMA | Reunión realizada por teams |
| | | Visita hospital departamental san Rafael zarzal ESE- valle del cauca | Reunión realizada por teams |
| | | Asistencia técnica farmacovigilancia-centro médicos Colsanitas | Reunión realizada por teams |
| | | visita laboratorio BAGO de Colombia | Reunión realizada por teams |
| **4.** | **Brindar apoyo en las demás activid3eles técnicas que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor** | | |
| | | Inducción temas de calidad y sivicos | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción proceso EAP, programa regular y COVID en vigiflow | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción PGR | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción DMC y herramientas OMS | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción proceso alertas sanitarias | Reunión realizada por teams |
| | | Capacitación en Resuit y respuesta a correspondencia parte 1 ( diana gil ) | Reunión realizada por teams |
| | | Visita seguimiento PNF y educación sanitaria | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción errores programáticos | Reunión realizada por teams |
| | | Inducción a e -reporting paciente ( maría victoria Vásquez - Adriana Samudio ) | Reunión realizada por teams |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | capacitación en señales y errores de medicación ( nayibe Rodríguez ) | |
| | | capacitación en resuit y respuesta a correspondencia parte 2 (diana gil ) | |

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 enero del año 2022.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | $4.994.400 | $2.000.000 | 30 | $580.500 | 9431004190 | Aportes en Línea |

## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $49.944.000 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $4.994.000 |
| Saldo del contrato | $44.950.000 |
| | |
| | |

## 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 |
| 01 | X | |

Atentamente,



**Firma**
**HECTOR ZULETA GARCIA**
**Contratista**
**C.C. No. 73196216**

Recibí a satisfacción:



**JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO**
**Asesor de Dirección General**
**con delegación de funciones de**
**Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 73196216 | | ZULETA GARCIA HECTOR ARTURO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 98#42G-105 TORRE 1 APTO 1003 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3337533 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1331063437 | 9431004190 | I | 2022/02/04 | 2022/02/17 | SCOTIABANK COLPATRIA | 13 | $580,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 73196216 ZULETA HECTOR | 230201 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS005 | 30 | $2,000,000 | $250,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-4 | 30 | $2,000,000 | $10,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $250,000 | | | $0 | $0 | | | $2,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 73196216 | | ZULETA GARCIA HECTOR ARTURO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 98#42G-105 TORRE 1 APTO 1003 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3337533 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1331063437 | 9431004190 | I | 2022/02/04 | 2022/02/17 | SCOTIABANK COLPATRIA | 13 | $580,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| COLPATRIA ARP | 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $250,000 | $0 | $0 | $250,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$580,500** | **$0** | **$0** | **$580,500** |