	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	**JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA**	**NIT/ CC No.**	80197115
CORREO ELECTRÓNICO	jotamario.83@gmail.com	**TELÉFONO**	3158371661
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	**611 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**300 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA MONITORIZAR LAS CONDICIONES SANITARIAS DURANTE EL PROCESO DE POSCOMERCIALIZACION DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE LA VIGILANCIA DEL INSTITUTO, DESDE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS V PRODUCTOS BIOLOGICO.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-28**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-28**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-11-27**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 49.944.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 44.949.600**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.994.400**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 39.955.200**	**VALOR PAGADO**	**9.988.800**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**2**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(28 de Febrero al 27 de Marzo del 2022)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**7500828186**

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		**57224342**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO**	**3/03/22**	**459.100**	**Compensar**
PENSIÓN	**FEBRERO**	**3/03/22**	**587.600**	**Colfondos**
ARL	**FEBRERO**	**3/03/22**	**89.500**	**Seguros Bolivar**

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**
	2022	6	16



JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO

Asesora de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia 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.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*611 de 2022*			
CONTRATISTA:	**Jesús Mario Camargo Arrieta**		**NIT / C.C No. :**	*80197115*
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 "IONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($49.944.000).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2022/01/28		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	300 días
FECHA DE INICIO:	2022/01/28		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2022/11/27
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2022/02/28	**HASTA:**	2022/03/27
PAGO NÚMERO:	**02**		**DEPENDENCIA:**	Farmacovigilancia
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**JUDITH DEL CARMEN**		**MESTRE**	**ARELLANO**

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Analizar y realizar las actividades técnicas de vigilancia epidemiológica de los productos asociados a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	• Base para EAPV graves • Base de EAPV menores de edad	One Drive: Informe EAPV
2	Revisar, analizar y estudiar la documentación asociada con los reportes de eventos adversos, alertas sanitarias nacionales e internacionales, señales e información de seguridad de medicamentos, productos Fitoterapéuticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines.	Análisis y proyección del capítulo de EAPV graves en menores de edad en el informe semanal de EAPV de vacunas covid-19. 28/02/2022 – 27/03/2022	One Drive: Informe EAPV
3	Elaborar y/o revisar alertas sanitarias e informes de seguridad y proyectar la comunicación respectiva a los usuarios internos y externos.	Proyección de informes de seguridad de: Vasculitis de vasos pequeños asociada con la vacuna COVID-19 de Janssen Síndrome de fuga capilar con la vacuna COVID-19 de Moderna	Correo electrónico

4	Evaluar y/o revisarlos Planes de Gestión del Riesgo asignados y emitir concepto cuando se requiera.	PSUR: Eklira	Correo electrónico
5	Realizar la búsqueda de información técnico científico dentro de los procesos de Farmacovigilancia y emitir conceptos o informes que se requieran.	Ajuste y actualización de Informe de EAPV covid-19 según agencias de referencia. APV DG	Correo electrónico
6	Apoyar en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto con relación a los trámites asociados a Farmacovigilancia y procesos de pos-comercialización, aportando los soportes correspondientes.	Correspondencia: Respuestas a Reportes de farmacovigilancia y alertas sanitarias: Radicados: 22021257, 230211341, 20221500322, 28021802.	Correo electrónico
7	Participar en la actualización de bases de datos, aplicativos y archivo conforme a los procedimientos establecidos para el proceso de Farmacovigilancia.	Recepción de actividades del proceso de EAPV de manera temporal por parte de María Victoria Urrego Líder del proceso, como suplencia durante su periodo de vacaciones.	Aplicación Teams y correo electrónico
8	Participar en la estructuración e implementación de los procedimientos, documentos y normas técnicas de las actividades de Farmacovigilancia para la mejora en la prestación de los servicios de la dependencia.	Aporte a la actualización de guía para solicitud de modificaciones de cambio de cepa para vacunas estacionales	Correo electrónico
9	Asistir a las diferentes reuniones internas o externas asociadas al proceso de Farmacovigilancia, en las que sea designado por la dependencia.	Gestión de la información EAPV - INVIMA VigiFlow	Aplicación Teams y correo electrónico

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 febrero 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)
02	$ 4.994.400	$ 1.997.760	30	$ 1.136.200	57224342	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 49.944.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 9.988.800
Saldo del contrato	$ 39.955.200

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,

Jesús Mario Camargo Arrieta

JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA
Contratista
C.C. No. 80.197.115

Recibí a satisfacción:

JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO
Asesor de la Dirección General con delegación de funciones de Coordinadora del Grupo de Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
INVIMA
Supervisor(a) Contrato 611 de 2022

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80197115	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA	CLL 159A 8B-34	7517002	jmca_1860@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-02	2022-02	I	03/03/2022	57224342	$1.136.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	459.100	0		0		0	0	0	0	459.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
231001	Colfondos	800227940-6	587.600	0	0	0	0	0	0		587.600	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	89.500				89.500	0	0	89.500			895	89.500	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	459.100	459.100
Pensión	1	587.600	587.600
Riesgos Laborales	1	89.500	89.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.136.200	1.136.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80197115	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA		CLL 159A 8B-34	7517002	jmca_1860@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-02	2022-02	I	03/03/2022	57224342	$1.136.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80197115	CAMARGO ARRIETA JESUS MARIO	59	0			N																	231001	3.672.086	587.600	0	0	0	0	EPS008	3.672.086	459.100	14-7	3.672.086	3	89.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JESUS MARIO CAMARGO ARRIETA	**NIT:**	80197115
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2022
Número de Radicación:	57224342	**Total a pagar:**	$1,136,200
Fecha de vencimiento:	07/03/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	03/03/2022	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1351229648
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$89,500
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$587,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$459,100
						$1,136,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información