	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	jcamargoa@invima.gov.co	**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**	**$ 24.972.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.994.400**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 19.977.600**	**VALOR PAGADO**	**29.966.400**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 6)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**6**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(28 de Junio al 27 de Julio 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	**60616081**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**JUNIO**	**28/07/2022**	**249.800**	**Compensar**
PENSIÓN	**JUNIO**	**28/07/2022**	**319.700**	**Colfondos**
ARL	**JUNIO**	**28/07/2022**	**48.700**	**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

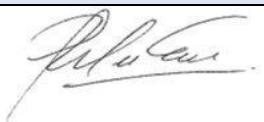
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2022	9	6



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:**	2022/06/28	**HASTA:**	2022/07/27
PAGO NÚMERO:	**06**		**DEPENDENCIA:**	
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.	• Elaboración de informe de la gestión de alertas del primer semestre de 2022 para el boletín de farmaseguridad. 18/07/2022 – 19/07/2022	Correo electrónico
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.	Gestión y análisis de casos en vigiflow Análisis de la información capturada de la base de monitoreo de agencias internacionales 12/07/2022 – 18/07/2022 27/06/2022 – 28/08/2022	Sharepoint: Casos de vigiflow Sharepoint: o365 Alertas
3	Elaborar y/o revisar alertas sanitarias e informes de seguridad y proyectar la comunicación respectiva a los usuarios internos y externos.	Inicio de gestión alerta de Bedoyecta Tri Inicio de gestión de alerta de productos Nutrabio Inicio de gestión de alerta de productos Green Living Inicio de gestión de alerta de producto Joint 360	Correo electrónico

4	Evaluar y/o revisarlos Planes de Gestión del Riesgo asignados y emitir concepto cuando se requiera.		
5	Realizar la búsqueda de información técnico científico dentro de los procesos de Farmacovigilancia y emitir conceptos o informes que se requieran.	APV DG Monitoreo de alertas sanitarias e información de seguridad en agencias de referencia. Búsqueda de evidencia científica como soporte para la elaboración de alertas sanitarias e informes de seguridad. 27/06/2022 – 28/07/2022	Sharepoint: o365 Alertas
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: Radicado_20211283544 Radicado_ 20221090596 Radicado_ 20221108904 Radicado_ 20221118259 Radicado_ 20221001930 Radicado_ 20223001151 Radicado_20221121970 Radicado_20221127987 Radicado_ 20221132849 Radicado_ 20221110240 Radicado_ 20223001762 Radicado_ 20223001707 Radicado_20221117328 28/06/2022- 27/07/2022	SESUITE

7	Participar en la actualización de bases de datos, aplicativos y archivo conforme a los procedimientos establecidos para el proceso de Farmacovigilancia.	Organización de carpetas para auditoria 22/07/2022 – 28/07/20	Sharepoint: o365 Alertas
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.	Realización del curso anticorrupción, obteniendo certificación. 15/07/2022	Correo Electrónico
9	Asistir a las diferentes reuniones internas o externas asociadas al proceso de Farmacovigilancia, en las que sea designado por la dependencia.	Segunda Capacitación en Sesuite a cargo de Sandra Patricia bello Reunión para establecer estrategias de fortalecimiento del proceso de alertas sanitarias. Reunión para repartir funciones para atención de la auditoria. 06/07/2022 11/07/2022 21/07/2022	Aplicación Teams

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 2022.

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)
06	$ 4.994.400	$ 1.997.760	30	$618.200	60616081	Mi planilla

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 49.944.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 29.966.400
Saldo del contrato	$ 19.977.600

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
05	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 Farmacovigilancia
Dirección de Medicamentos y Productos Biológico
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	UPC
60221208	11/07/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	N	28/07/2022	60616081	$618.200	

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	249.800	0		0		0	0	0	0	249.800	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	319.700	0	0	0	0	0	0		319.700	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	48.700				48.700	0	0	48.700			487	48.700	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	249.800	249.800
Pensión	1	319.700	319.700
Riesgos Laborales	1	48.700	48.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	618.200	618.200

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
60221208	11/07/2022	N	28/07/2022	60616081	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06				$618.200	

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	3.672.087	587.600	0	0	0	0	EPS008	3.672.087	459.100	14-7	3.672.087	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:	N	**Periodo liquidación Pensiones:**	junio 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	junio 2022
Número de Radicación:	60616081	**Total a pagar:**	$618,200
Fecha de vencimiento:	31/07/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	28/07/2022	**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:**	1573608778
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	$48,700
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$319,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$249,800
						$618,200

***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