	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**	**$ 14.983.200**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.994.400**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 9.988.800**	**VALOR PAGADO**	**$ 39.955.200**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**8**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(27 de Agosto de 2022 al 26 de Septiembre 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		**9440560902**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**AGOSTO**	**26/09/2022**	**$ 250.000**	**SANITAS EPS**
PENSIÓN	**AGOSTO**	**26/09/2022**	**$ 320.000**	**PROTECCION**
ARL	**AGOSTO**	**26/09/2022**	**$ 48.800**	**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

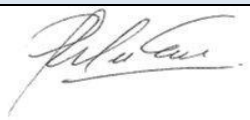
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AA**	**MM**	**DD**
	2022	10	7



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.

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
2022-08	2022-08	1672001507	9440560902	I	2022/09/06	2022/09/26	BANCOLOMBIA	20	$630,200

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	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$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	$48,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$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
2022-08	2022-08	1672001507	9440560902	I	2022/09/06	2022/09/26	BANCOLOMBIA	20	$630,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$5,900	$0	$325,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$5,900	$0	$325,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$900	$0	$49,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$48,800	$900	$0	$49,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$4,600	$0	$254,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$4,600	$0	$254,600
TOTAL				1	$618,800	$11,400	$0	$630,200

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**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:** 27/08/2022	**HASTA:**	26/09/2022
PAGO NÚMERO:	08	**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.**	Trabajo con el grupo técnico del Invima para puentes Informáticos de Malaria en Colombia-VIGILADMA Grupo de estudio.	reunión 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 vía e-mail-JORGE ENRIQUE ROMERO Correspondencia vía e-mail-LILIANA HERREÑO CAMACHO Correspondencia vía e-mail-ANGIE LORENA DAVILA-1 Correspondencia vía e-mail-ANGIE LORENA DAVILA-2 Correspondencia vía e-mail-SULMA CAROLINA RINCÓN	Correspondencia Via E-mail

		Correspondencia vía e-mail-CAMILO ANDRES PARADA		
		Correspondencia vía e-mail-ERIKA PAOLA CASTILLO		
		Correspondencia vía e-mail-LUCERO MARIN GARCIA		
		Cita N° 22818 Farmacovigilancia Atención a usuarios BIOQUIFAR S.A		
		Cita N° 22843 Farmacovigilancia Atención a usuarios Ips medigroup		
		Cita N° 22945 Farmacovigilancia Atención a usuarios Gilma Jeanneth Sandoval Castro		
		Cita N° 23008 Farmacovigilancia Atención a usuarios Boston Medical Group de Colombia		
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.**	REUNION VIGILADMA GRUPO DE ESTUDIO.	Reunión realizada por teams	
		PLANEACION DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE 2022	Reunión realizada por teams	
		COL_REVISIÓN TÉCNICA SEÑALES	Reunión realizada por teams	
		VISITA FARMACOVIGILANCIA INDUSTRIA – MERCK S.A	Reunión realizada por teams	
		ACTO DE APERTURA VISITA TÉCNICA UMC – INVIMA.		
		ASISTENCIA TÉCNICA DADIS CARTAGENA	Reunión realizada por teams	
		REUNIÓN GRUPO DE FV - UMC	Reunión realizada por teams	
		RETROALIMENTACIÓN TEMAS DEL ENCUENTRO FARMACOVIGILANCIA PARA EL GRUPO FV		
		ASISTENCIA TÉCNICA SDS CAQUETÁ	Visitas presenciales	
		VISITA IPS LA NUESTRA CARTAGENA		
		VISITA IPS MEDICARTE- CARTAGENA	Visitas presenciales	
		VISITA IPS ESPECIALIZADA - CARTAGENA		
		VISITA IPS QUIMIOSALUD - CARTAGENA	Visitas presenciales	

4.	**Brindar apoyo en las demás actividades técnicas que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor**	ASISTENCIA TECNICA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE CARTAGENA Y CAQUETA.	Reunión realizada por 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.	328822	Cartagena	20/09/2022	23/09/2022

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 agosto 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)
08	$4.994.400	$2.000.000	30	$618.800	9440560902	Aportes en Línea

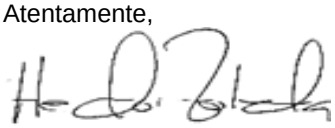
5. BALANCE FINANCIERO

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

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
08	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