	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	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	**David Leonardo Góngora Leal**	**NIT/ CC No.**	1032402798-1
CORREO ELECTRÓNICO	dlgongoral@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3214582732
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**154 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**4 MESES**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN SE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LAS DIRECCIONES MISIONALES DEL INVIMA EN EL PROCESO TÉCNICO DE EXPEDICIÓN REGISTROS SANITARIOS, Y TRAMITES ASOCIADOS DE LOS PRODUCTOS SUJETOS A VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL POR PARTE DEL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-01-27**	**FECHA DE INCIO**	**2023-01-27**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-05-26**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 22.086.256**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 11.043.128**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 5.521.564**	**VALOR PAGADO**	**$ 16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NO APLICA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(27 de marzo al 26 de abril del 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**488412349604**

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	N/A	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**66663791**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**mar-23**	**30/03/2023**	**$ 450.000**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**mar-23**	**30/03/2023**	**$ 576.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**mar-23**	**30/03/2023**	**$ 18.800**	**SURA**

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**
	2023	4	27

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado: AAAA-MM-DD
DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO **COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS FITOTERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS**	**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	GESTION CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO:	154 de 2023			
CONTRATISTA:	David Leonardo Góngora Leal		**NIT / C.C No. :**	1032402798-1
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar el estudio, análisis y emisión de conceptos técnicos de evaluación farmacéutica y farmacológica, a las solicitudes y actividades derivadas de la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados de productos farmacéuticos, asignados a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.			
VALOR DEL CONTRATO:	$22.086.256,00 COP			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	27/01/2023		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS:**	4 MESES
FECHA DE INICIO:	27/01/2023		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	26/05/2023
FECHA PERIODO DE PAGO	**DE:**	27/03/2023	**HASTA:**	26/04/2023
PAGO NÚMERO:	TERCERO (3)		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Diana Patricia Lievano Moyano			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar la evaluación técnica de los documentos aportados por el interesado para la obtención del Registro Sanitario y demás tramites asociados de alta complejidad; en relación con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato y en cumplimiento de las metas POA de la dependencia, de acuerdo con normatividad sanitaria legal vigente.	- Realización estudio técnico con radicados:	20201258834, 20211021595, 20211021627, 20211030103, 20211033346, 20211066174, 20211066280, 20211066285, 20211066298, 20211070777, 20211107100, 20211107102, 20211186383, 20211180735, 20211183190, 20211020232, 20211062142, 20211065429, 20211068815, 20211077829, 20211082836, 20211084623, 20211093030, 20211096238, 20211097609, 20211120651, 20211126932, 20221139357

		-Completar datos de registros sanitarios con radicados:	20211062142, 20211065429, 20211068815, 20211077829, 20211082836, 20211093030, 20211109397, 20211115720, 20211117280, 20211126583
2	Proyectar actos administrativos como resoluciones, autos, oficios que se generen del servicio de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, realizando el proceso de análisis y verificación técnica integral de los documentos allegados por los usuarios ante el Invima, de acuerdo con la normatividad vigente.	- Elaboración de autos con requerimientos radicados:	20211186383, 20211180735, 20211183190, 20211020232, 20211062142, 20211065429, 20211068815, 20211077829, 20211082836, 20211084623, 20211093030, 20211096238, 20211097609, 20211120651, 20211126932
2	Proyectar actos administrativos como resoluciones, autos, oficios que se generen del servicio de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, realizando el proceso de análisis y verificación técnica integral de los documentos allegados por los usuarios ante el Invima, de acuerdo con la normatividad vigente.	- Elaboración resoluciones de aprobación y negación con radicados:	20201258834, 20211021595, 20211021627, 20211030103, 20211033346, 20211066174, 20211066280, 20211066285, 20211066298, 20211070777, 20211107100, 20211107102
3	Realizar el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de trámites relacionados con la solicitud de visitas con evaluación farmacéutica acorde con las solicitudes presentadas.	- Impresión certificaciones con radicados:	20221139357
4	Diligenciar y actualizar el aplicativo de registros sanitarios de medicamentos del instituto, en función de los trámites asignados.	**----**	**----**
5	Diligenciar y mantener las bases de datos internas del grupo de trabajo para la consolidación de información técnica relacionada con registros sanitarios y trámites asociados: trámites priorizados, registros con protección de datos, registros con visitas nacional e internacional, registros con bioequivalencia, conceptos de salas asociados a registros sanitarios, entre otras necesarias para las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y tramites asociados con el fin de optimizar procesos internos y externos.	**----**	**----**
6	Apoyar la implementación o actualización de procedimientos, conceptos, guías y/o manuales relacionados con la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados.	**----**	**----**

7	Entregar el informe de evaluación técnica que resulte de la revisión del Módulo de Calidad de las Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia (ASUE) o trámites asociados que le sean asignadas.	**----**	**----**

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
2.				
……				

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 MARZO del año 2023.

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)
TERCERO (3)	$5,521,564	$3,600.000	30	$ 1,044,800	66663791	MI PLANILLA

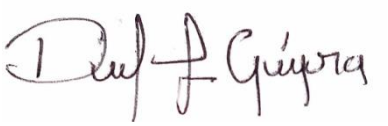
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$22.086.256,00 COP
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$16.564.692,00 COP
Saldo del contrato	$5.521.564,00 COP

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
TERCER PAGO	X	

Atentamente,



_____

DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL
Contratista
C.C. No. 1032402798 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

_____

DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Productos Fitoterapeuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios
Supervisor(a) Contrato 154 de 2023

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	**NIT:**	1032402798
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2023
Número de Radicación:	66663791	**Total a pagar:**	$1,044,800
Fecha de vencimiento:	30/03/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	30/03/2023	**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:**	1997308560
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$18,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$576,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$450,000
						$1,044,800

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

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