	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
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	LUIS ALBERTO RINCON PEREZ	NIT/ CC No.	19.078.352-2 / 19.078.352
CORREO ELECTRÓNICO	albertorinconpe@hotmail.com	TELÉFONO	3112310601 / (601) 3158256
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	911-2023	TERMINO DE EJECUCIÓN	141 dias
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	9/08/2023	FECHA DE INCIO	9/08/2023	FECHA DE TERMINACIÓN	2023-12-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.951.351	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	$ 25.951.351	VALOR A PAGAR	$ 5.521.564
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 20.429.787	VALOR PAGADO	5.521.564	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PRIMERO
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(09 de agosto al 08 de septiembre del 2023)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	568-360197.63

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 No. 8370456146

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2023-08	30/08/2023	$ 276.100	COMPENSAR
PENSIÓN	2023-08	30/08/2023	$ 353.400	PROTECCION
ARL	2023-08	30/08/2023	$ 11.600	POSITIVA

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
	2023	9	14

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre:
	Fecha de revisado: AAAA-MM-DD
Dra. DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO **COORDINADORA DEL GRUPO DE REGISTROS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS 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	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	*(No. de contrato y año)* 911-2023			
CONTRATISTA:	Luis Alberto Rincón Pérez		**NIT / C.C No. :**	*19.078.352-2*
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.			
VALOR DEL CONTRATO	Veinticinco millones novecientos cincuenta y un mil trescientos cincuenta y un pesos M/CTE ($ 25.951.351)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**09/08/2023**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**141 DIAS**
FECHA DE INICIO:	**09/08/2023**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**29/12/2023**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**09/08/2023**	**HASTA:**	**08/09/2023**
PAGO NÚMERO:	**PRIMERO**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos Y Productos Biológicos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Dra. DIANA PATRICIA LIEVANO MIOYANO COORDINADORA DEL GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS.**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Prestar los servicios profesionales en la evaluación de calidad de los trámites de registros sanitarios según la normatividad vigente.	Revisión Técnica de los documentos recibidos en aplicativo de sesuite y/o share point y elaboración de acto administrativo.	En aplicativo de Registros Sanitarios: Aprobación Registro suplemento Radicado:20201214456 ;20201222452. Negación. Registro sanitario suplemento dietario Radicado No.20201194398 20201192095;20201224019 Emisión autos técnico-legales 20201216370;20201223311;20201216210.
2	Apoyar en la evaluación técnica de calidad de los documentos aportados por el interesado para la obtención del registro y tramites asociados .	Estudio técnico de los documentos recibidos a través del aplicativo sesuite yo /shrarepoint y elaboración del acto administrativo.	En aplicativo de Registros Sanitarios: Registros Nuevos de Homeopáticos se emite auto técnico-legal 202112909542021129097O; Auto de Sala Especializada 20211285923;20211285923 Estudio de Comisión Radicados No.20211302171;20211299227; 20211299240;20211300966; 20211301284;

			20211303303.
3	Revisión en aplicativo de registros de Exclusiones de IVA de Productos fitoterapéuticos.	Revisión en aplicativo de registros y sesuite de documentos recibidos de Productos Fitoterapéuticos y elaboración acto administrativo.	En aplicativo de Registros Sanitarios: Aprobación de Exclusiones de IVA Productos fitoterapéuticos Radicados :20221237286 ;20231162296. Requerimiento Producto Fito IVA 20231145205. Requerimientos en Exclusiones de IVA Productos suplementos dietarios Radicados :20221032334;20221036463.
4	Apoyar en la realización de la evaluación de calidad de los trámites de registros sanitarios según la normatividad vigente	Revisión en aplicativo sesuite de la documentación allegada de Productos Y emisión del acto administrativo	En aplicativo de Registros Sanitarios: Impresión de Auto técnico legal Suplemento dietario Radicado:20201216522.

Certifico que cumplí a cabalidad el 100 % las actividades del objeto contractual arriba descritas.

1. 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	
			INIC IO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

2. 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 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)

PRIMERO	$ 5.521.564	$ 2.208.626	30	$ 654.400	8370456146	Mi planilla

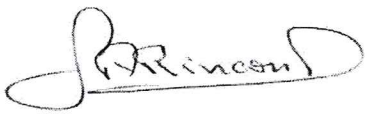
3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 25.951.351
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 20.429.787

4. 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
PRIMERO	X	----

Atentamente,



LUIS ALBERTO RINCON PEREZ
Contratista. Químico Farmacéutico
C.C. No. 19.078.352 de Bogotá D.C.

Recibí a satisfacción:



Dra. DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO
COORDINADORA DEL GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS.
Supervisor. Contrato 911 de 2023.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUIS ALBERTO RINCON PEREZ
No. Identificación: CC19078352
Dirección: AVENIDA AMERICAS NUMERO 31 90 APTO 403
Telefono: 2696955
Correo: albertorinconpe@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370456146

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUIS ALBERTO RINCON PEREZ
Tipo y número de identificación	CC19078352
Número de planilla	8370456146
Fecha pago	2023-08-30
Número de autorización pago	70456146
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2023
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	654400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	353400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	13300	1
EPS008	Compensar EPS	276100	1

8370456146

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19078352
APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS ALBERTO RINCON PEREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	2208630	2208630	2208630	2208630	276100	0	353400	0	11600	13300

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