	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION 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	**Camilo Andrés Peña González**	**NIT/ CC No.**	1.049.620.411
CORREO ELECTRÓNICO	cpenago@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3115088487
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	**No. 0838 DE 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**(2023/12/29)**
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	**(2023/08/02)**	**FECHA DE INCIO**	**(2023/08/02)**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**(2023/12/29)**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$27.239.716**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$27.239.716**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.718.152**	**VALOR PAGADO**	**$ 5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 01)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(2 de agosto del 2023 al 1 de septiembre del 2023)**
BANCO	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**914247598**

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	

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9455106788**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**AGOSTO**	2023/09/04	$ 276.100	SANITAS
PENSIÓN	**AGOSTO**	2023/09/04	$ 353.400	COLPENSIONES
ARL	**AGOSTO**	2023/09/04	$ 11.600	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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	9	12



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA

COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS

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

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049620411		PEÑA GONZALEZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 152B 58C 50 APTO 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4708794	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	140178647	9455106788	I	2023/09/05	2023/09/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$641,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1049620411	PEÑA GONZALEZ CAMILO ANDRES	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	0	No	No																												
Total		**Afiliados(1)**																																	

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 2.208.625	No		COLPENSIONES	30	$ 2.208.625	16%	SIN RIESGO	$ 353.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 353.400		SANITAS	30	$ 2.208.625	12,5%	$ 276.100	$
																					$ 353.400						$ 276.100	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 276.100			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 2.208.625	0,522%	1	$ 11.600	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 276.100						$ 0						$ 11.600				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049620411		PEÑA GONZALEZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 152B 58C 50 APTO 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4708794	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	140178647	9455106788	I	2023/09/05	2023/09/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$641,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$0	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				1	$641,100	$0	$0	$641,100

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C. 31 de agosto de 2023

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

Yo,____Camilo Andrés Peña González___, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. _1.049.620.411_, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI ( ) NO (X)

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (X) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   4.2. Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.		
2.		
3.		

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

   Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,357,184) por concepto de dependientes.

7. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No._____.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

8.3. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (X) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio)

8.4. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (X)

8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

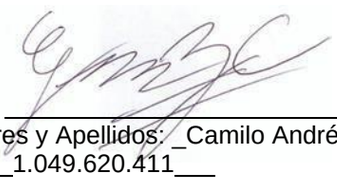
8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de _Bogotá_ a los _31_ días del mes de __agosto_____de _2023_____



Firma: _____
Nombres y Apellidos: _Camilo Andrés Peña González_
C.C. __1.049.620.411___

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919787656

(415)7707212489984(8020) 000001491978765 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 2 0 4 1 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 2 0 4 1 1	2 0 0 8 0 4 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	GONZALEZ	CAMILO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 152 B 58 C 50 IN 1 AP 403 BRR COLINA CAMPESTRE

42. Correo electrónico: kmilo_pg90@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 0 8 8 4 8 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 2 1 0 1 5						2 1 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 12 / 18 : 48: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PEÑA GONZALEZ CAMILO ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

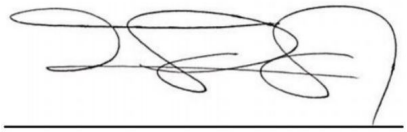
Que nuestro(a) cliente **CAMILO ANDRES PE#A GONZALEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.049.620.411** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 914247598** aperturada el **28 de junio de 2013** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **31** días del mes de **agosto** del año **2023**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0914247598**
Cuenta de 16 dígitos: **0914000200247598**
Cuenta de 20 dígitos: **00130914000200247598**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**0838 de 2023**			
CONTRATISTA:	**CAMILO ANDRÉS PEÑA GONZÁLEZ**		**NIT / C.C No. :**	1.049.620.411
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	VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE SETECIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE ($27.239.716,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023/08/02		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	148 días
FECHA DE INICIO:	2023/08/02		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023/12/29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023/08/02	**HASTA:**	2023/09/01
PAGO NÚMERO:	PRIMERA (01)		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA** Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	EJECUTAR LA EVALUACIÓN TÉCNICA FARMACÉUTICA DEL MÓDULO DE CALIDAD APORTADO POR EL INTERESADO, PARA LA OBTENCIÓN DEL REGISTRO SANITARIO Y DEMÁS TRAMITES ASOCIADOS DE ALTA COMPLEJIDAD; DE ACUERDO CON LOS TRAMITES Y ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD SANITARIA LEGAL VIGENTE.	**Revisión de evaluación técnica RS nuevos y RS en renovación.**	**FIE de radicados Nro.:** *20181166145 20181176625 20221060502 20221060573 20221038767 20221038720 20211113280 20211073535 20211074342 20211087501
2	GENERAR EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS COMO RESOLUCIONES, AUTOS Y OFICIOS, PRODUCTO DE LA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS SANITARIO Y	**Proyección de Autos derivados de la revisión técnica de: RS Nuevos** **Respuesta a derechos de petición y/o correspondencias**	**Radicados Nros:** 20181166145 20181176625 20221060502 20221060573 20221038767 20221038720 20211113280 20211073535

	TRAMITES ASOCIADOS DE ALTA COMPLEJIDAD, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE		20211074342 20211087501
4	MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS INSTITUCIONALES Y DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO LAS DEMÁS BASES DE DATOS QUE SE REQUIERAN CON OCASIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL RESPECTO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN, CONSULTAS Y CONTROL DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS.	**Diligenciamiento de base de datos.**	**Radicados Nros:** 20181166145 20181176625 20221060502 20221060573 20221038767 20221038720 20211113280 20211073535 20211074342 20211087501
6.	APOYAR EN LA PROYECCIÓN DE SOLICITUDES, PETICIONES, CONSULTAS O CONCEPTOS RESPECTO DE REGISTROS SANITARIOS Y DEMÁS TRAMITES ASOCIADOS DE ALTA COMPLEJIDAD, ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL.	**Actividades adicionales**	1. *Reunión final julio 2. *Autocapacitación y lectura de normatividad (Falla en aplicativo de sesuite) 3. *REUNIÓN Mesa de seguimiento a trámites - INVIMA MINSALUD 4. *Solicitud de aplicativos para accesos 5. *Charlas de actualización jurídica. Mesa de unificación de criterios PQRDS 6. Reunión grupal de temas varios 7. Reunión caso urgente Quetiapinas 8. Creación de respuesta a tutela juzgado 24 penal del circuito de conocimiento de Bogotá, caso Quetiapinas 9. Reunión grupal de temas varios 10. Reunión mesa de desabastecimiento - Medicamentos en salud materna 11. Actividades del proceso de desabastecimiento 12. Atraso por fallas en sistemas de trabajo 13. Entrenamiento manejo aplicativo de registros sanitarios 14. Reunión GRUPO 2 SCRUM - agosto 15. Reunión del proceso de desabastecimiento con Giovanni

			16. Capacitación asignación y manejo VPN Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos 17. Diligenciamiento base de tramites enviados a salas 18. Diligenciamiento solicitud de VPN.

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
NA.	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 **julio del año 2023.**

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. de planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5.521.564	2.208.650	30	641.100 (EPS, Pensión y ARL)	9453773622	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

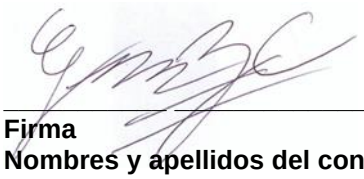
Valor total del contrato	$ 27.239.716
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 21.718.152

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
Acta de inicio	X	

NOTA:
1. * Evaluación que corresponde a la fecha desde el 02/08/2023 al 07/08/2023 por la doctora Yenny Suarez.
2. Evaluación que corresponde a la fecha desde el 08/08/2023 al 01/09/2023, por la doctora Danaida Sandoval.

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista: CAMILO ANDRÉS PEÑA GONZÁLEZ
Contratista
C.C. No. 1.049.620.411

Recibí a satisfacción:

Yenny Suárez

Firma
Nombres y Apellidos: YENNY MARCELA SUAREZ GONZALEZ
Cargo: Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados **hasta el 07/08/2023**
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 0838 de 2023

Recibí a satisfacción:



Firma
Nombres y Apellidos: DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Cargo: Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados **desde el 08/08/2023**
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 0838 de 2023