	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	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)* **851 de 2023**			
CONTRATISTA:	**Fredy Rodríguez Barrera**		**NIT / C.C No. :**	**80764922-5**
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	VEINTISIETE MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MCTE **($27.055.664)**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-03**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**147 DÍAS**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-03**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-08-03**	**HASTA:**	**2023-09-02**
PAGO NÚMERO:	**(PRIMERA) 1**		**DEPENDENCIA:**	Dirección De Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA			

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 trámites y actividades asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	Se brindó apoyo en la evaluación técnica de Renovaciones automáticas en el momento procesal "**Control Posterior**", en concordancia con los tramites asignados en el plan de trabajo, para un total de No. 8 Radicados 20191094348 20191099117 20191103324 20191104651 20211197310 20211192356 20211192189 20211191259	Se envió 8 FIEs en formato PDF al correo: fies.rsmmpb@invima.gov.co Movimiento en el aplicativo SQL de cada uno de los radicados
1.	Ejecutar la evaluación técnica farmacéutica del módulo de calidad aportado por el interesado, para la obtención del	Se brindó apoyo en la evaluación técnica de Modificaciones automáticas en el	Se envió 15 FIEs en formato PDF al correo: fies.rsmmpb@invima.gov.co

	registro sanitario y demás tramites asociados de alta complejidad; de acuerdo con los trámites y actividades asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	momento procesal "**Control Posterior**", en concordancia con los tramites asignados en el plan de trabajo, para un total de No. 15 Radicados 20201071571 20211241366 20211241371 20211241375 20211241377 20211241379 20211241380 20211241750 20211241754 20211242714 20211244289 20211245651 20211269484 20211269527 20211269528	Movimiento en el aplicativo SQL de cada uno de los radicados
2.	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	Se brindó apoyo en la evaluación técnica de Generación de Resolución en el momento procesal "**Corrección**", en concordancia con los tramites asignados en mi área de trabajo, para un total de 1 Radicado 20211187689	Se realiza la corrección de Resolución y se da movimiento en el aplicativo SQL
3.	Apoyar en la actualización de procedimientos, instructivos, guías y/o manuales para el desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	Respuesta a correspondencia Se-suite (solicitudes de los usuarios) Elaboración de 5 respuestas de evaluación técnica a consultas de usuarios 20231189859 20231196876 20231196878 20231197176 20231197172	Respuestas de 5 correspondencias, con movimiento en el aplicativo de cada uno de los radicados en Se-suite

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.	Asistencia a capacitaciones y reuniones generales de grupo para socialización de temas de interés general	Participación en reuniones del grupo y de capacitación en el aplicativo de Se-suite.

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 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)
01 (Uno)	$5.521.564	$2’208.626	30	$ 689.300	70338839	Mi Planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato inicial	**$ 27.055.664**
Valor prorroga contrato	**N/A**
Valor del contrato modificado	**N/A**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 5.521.564**
Saldo del contrato	**$ 21.534.100**

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

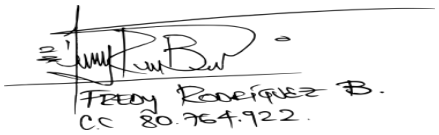
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Acta de inicio, Pago 1	X	

Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios N° 851 de 2023.

OBSERVACION

Este informe corresponde a lo realizado desde el 03/08/2023 al 02/09/2023, debido al cambio de Coordinadora partir de 08/08/2023, se reportan firma de los dos coordinadores que realizaron la supervisión en las respectivas fechas, desde el 03/08/2023 al 07/08/2023 por Yenny Marcela Suárez González y desde el 08/08/2023 al 02/09/2023 por Danaida Erika Sandoval Peña.

Atentamente,



Firma
FREDY RODRÍGUEZ BARRERA
Contratista
C.C. No. 80.764.922

Recibí a satisfacción:

Firma

Yenny Suárez

YENNY MARCELA SUAREZ GONZÁLEZ
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados hasta el 07-08-2023
Supervisor Contrato 851 de 2023



Firma
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados desde el 08-08-2023
Supervisor Contrato 851 de 2023

	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	**FREDY RODRIGUEZ BARRERA**	**NIT/ CC No.**	80.764.922 - 5
CORREO ELECTRÓNICO	frodriguezb@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3143670971
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	**851 - 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**147 DÍAS**
OBJETO DEL CONTRATO	**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.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-03**	**FECHA DE INICIO**	**2023-08-03**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.055.664**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.534.100**	**VALOR PAGADO**	**5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PRIMERA (1)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(3 de agosto al 2 de septiembre de 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**489870001448**

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)

N/A

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	**70338839**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ago-23**	**2023-09-12**	**$ 277.700**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**ago-23**	**2023-09-12**	**$ 355.400**	**PORVENIR**
ARL	**ago-23**	**2023-09-12**	**$ 11.700**	**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 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
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA **COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS**	**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.

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	80764922	FREDY RODRIGUEZ BARRERA	CALLE 54 C SUR # 86 B 21	4604388	fredyr83@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70338839	$689.300	

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	276.100	0		0		0	5	1.600	0	277.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	353.400	0	0	0	0	5	2.000	0	355.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	5	100	11.700			116	11.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	44.200	5	300	44.500	1

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	276.100	277.700
Pensión	1	353.400	355.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.700
CCF	1	44.200	44.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	685.300	689.300

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	80764922	FREDY RODRIGUEZ BARRERA	CALLE 54 C SUR # 86 B 21	4604388	fredyr83@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70338839	$689.300	

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	80764922	RODRIGUEZ BARRERA FREDY	57	0			N																	230301	2.208.625	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.625	276.100	14-23	2.208.625	1	11.600	CCF21	2.208.625	44.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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