	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	**WILLIAM FABIAN VALERO**	**NIT/ CC No.**	79.223.039
CORREO ELECTRÓNICO	wvalero@invima.gov.co	**TELÉFONO**	320 4246761
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	**852 - 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**147 días**
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	**2023-08-03**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-03**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 21.534.100**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 16.012.536**	**VALOR PAGADO**	**11.043.128**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(3 de septiembre al 2 de octubre 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**570450270147165**

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

<u>En mi calidad de supervisor</u> (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		**1057225981 (septiembre 2023)**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Septiembre**	**2023-10-02**	**$ 276.200**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**Septiembre**	**2023-10-02**	**$ 353.500**	**COLPENSIONES**
ARL	**Septiembre**	**2023-10-02**	**$ 11.600**	**POSITIVA COMPANIA 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	10	4	

	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.

	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)* 852 de 2023			
CONTRATISTA:	WILLIAM FABIAN VALERO		**NIT / C.C No. :**	*79.223.039*
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	$ 27’055.664 (veintisiete millones cincuenta y cinco mil seiscientos sesenta y cuatro pesos m/cte)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-03**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**147 DIAS**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-03**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-09-03**	**HASTA:**	**2023-10-02**
PAGO NÚMERO:	**Segundo pago (02)**		**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 realizaron dos (2) estudios de generación modificación automática al Registro Sanitario (Resoluciones). • Se realizaron diecinueve (19) estudios de control posterior de modificaciones automáticas de Registro Sanitario (FIES). • Se resolvieron seis (6) recursos de reposición (Resoluciones).	Radicados generación: 20231187688 20221172887 Radicados control posterior de Registro Sanitario (FIES): 20191234812 20191251333 20201257249 20201257939 20201224806 20201250322 20231125918 20221158788 20201031269 20201031272 20201031275 20201031251 20201257425 20201258038 20201258122 20211053424 20211064488 20211064714 20211064894

			Radicados recursos de reposición: 20201257961 20211051792 20201256117 20211025058 20221027092 20211081798
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 generaron dos (2) actos administrativos de modificación de automática al Registro Sanitario. Se generaron seis (6) actos administrativos relacionados con resolución recurso de reposición.	Radicados generación: 20231187688 20221172887 20201257961 20211051792 20201256117 20211025058 20221027092 20211081798
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.	No fue asignada ninguna actividad durante este periodo	**N/A**
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.	Fue actualizada dos (2) veces la base de datos del aplicativo de REGISTROS para los expedientes relacionados con los radicados de las modificaciones automáticas al Registro Sanitario	Radicados generación: 20231187688 20221172887
5	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.	No fue asignada ninguna actividad durante este periodo	**N/A**
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.	Participación en ocho (8) discusiones de carácter técnico y normativo referentes a los estudios previos del estudio de la información asociados a trámites de Registros sanitarios	**Listados de asistencia Google Forms:** 5/09/2023 12/09/2023 14/09/2023 21/09/2023 22/09/2023 27/09/2023 28/09/2023 29/09/2023

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.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
……			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 septiembre 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)
2	5’521.564	2’209.000	30	641.300	1057225981	Pago Simple

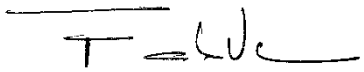
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	27’055.664
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	11’043.128
Saldo del contrato	16’012.536

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
1, 2 y Acta de inicio	X	

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista
Contratista: William Fabian Valero
C.C. No. 79.223.039

Recibí a satisfacción:



Firma_____
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados
Supervisor Contrato 852 de 2023

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-10-02, 03:30:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057225981

Periodo Cotización: septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8868342380

PAGADO 02/10/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILLIAM FABIAN VALERO		
Documento	CC79223039	**Dirección**	CL 25 #1 - 41 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204246761
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79223039	WILLIAM FABIAN VALERO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.209.000	$ 353.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.209.000	$ 276.200	0,522	$ 2.209.000	$ 11.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.209.000	$ 2.209.000	$ 2.209.000	$ 0	$ 353.500	$ 276.200	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.300	$ 0	$ 641.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.