| | 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** | **Gabriela Rodriguez Castellar** | **NIT/ CC No.** | 1.045.689.814 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | grodriguezc@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3103395347 |
| **TIPO DE CONTRATO** | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión | **N/A** | |
| **No. CONTRATO** | **939-2023** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **2023-12-29** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **Prestar los servicios Profesionales Especializados con las solicitudes de registros sanitarios , trámites y actividades asociados a los productos competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en el módulo de calidad.** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **2023-08-10** | **FECHA DE INCIO** | **2023-08-10** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **2023-12-29** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 25.767.299** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 20.245.735** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.521.564** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 14.724.171** | **VALOR PAGADO** | **$ 11.043.128** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **SEGUNDO (2)** |
| **TIPO DE PAGO** | **PARCIAL** | **FACTURA / CUENTA N°.** | | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **10 de septiembre de 2023 al 9 de octubre de 2023** |
| **BANCO** | **Davivienda** | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | **570027070093029** |

**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. RELACION DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | | **70852959** | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **2023-09** | **2023-10-04** | **276.100** | **EPS SANITAS** |
| **PENSIÓN** | **2023-09** | **2023-10-04** | **353.400** | **PORVENIR** |
| **ARL** | **2023-09** | **2023-10-04** | **11.600** | **ARL 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**

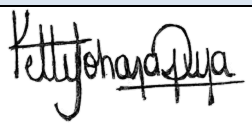
***(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)***

**En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:**

1. Que la 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 relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que la 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 | 17 | |



| | |
|---|---|
| | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** |
| | **Nombre** |
| | **Fecha de revisado:** AAAA-MM-DD |
| **KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ** | **Consecutivo:** |
| **COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA DE FABRICACIÓN** | |

**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

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | GABRIELA RODRIGUEZ CASTELLAR | **NIT:** | 1045689814 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | septiembre 2023 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | septiembre 2023 |
| **Número de Radicación:** | 70852959 | **Total a pagar:** | $641,100 |
| **Fecha de vencimiento:** | 04/10/2023 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 04/10/2023 | **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:** | 198604387 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | | $0 | $11,600 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $353,400 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $276,100 |
| | | | | | | $641,100 |

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

PAGADA

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

| | 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** | 939 de 2023 | | | |
| **CONTRATISTA:** | Gabriela Rodríguez Castellar | | **NIT / C.C No. :** | 1.045.689.814 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Prestar los servicios Profesionales Especializados con las solicitudes de registros sanitarios, trámites y actividades asociados a los productos competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en el módulo de calidad. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | **$ 25.767.299** | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | **2023-08-10** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN** | **2023-12-29** |
| **FECHA DE INICIO:** | **2023-08-10** | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | **2023-12-29** |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | **2023-09-10** | **HASTA:** | **2023-10-09** |
| **PAGO NÚMERO:** | **SEGUNDO (2)** | | **DEPENDENCIA:** | **Dirección de Medicamentos** |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ** | | | |

| 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 trámites 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. | 20221088305, 20211270201 2017085455, 20211163895 20231044894, 20221282698 20211188019 | Formato para informe de evaluación técnica diligenciado, movimientos en el aplicativo de Registro, correos institucionales. |
| **2** | Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y tramites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente. | 20221088305, 20211270201, 2017085455, 20211163895 | Actos administrativos que se pueden encontrar en el aplicativo de registros o en se-suite. |
| **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. | 20231044894, 20221282698. Visita en planta SIEGFRIED S.A Oficio comisorio No. 3000-0247-2023 Visita en planta QUIBI S.A., Oficio Comisorio No. 3000-0275-2023 | Formato para informe de evaluación técnica diligenciado, movimientos en el aplicativo de Registro, correos institucionales, oficio Comisorio. |
| **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 dates 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. | Base de datos del aplicativo de Registro Sanitario. Base de datos de registro de Tutelas | App de registro sanitario, Sharepoint. |

| No. | OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| **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 se realizaron actividades de este tipo en este periodo. | Correos institucionales, Sharepoint. |
| **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. | 20231131880, 20231132114 20231132117, 20231132126 20231132201, 20231141732 | Movimientos en se-suite. |

Certifico que cumplí a cabalidad 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 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | 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: en medio magnético la planilla 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5.521.564 | 2.208.625 | 30 | 641.100 | 70852959 | MIPLANILLA |

## 3. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | 25.767.299 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual) | 11.043.128 |
| Saldo del contrato | 14.724.171 |

## 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** |
| **ACTA DE INICIO** | **X** | **-** |
| 1 | X | - |
| 2 | X | - |

Atentamente,



**Firma**
**Gabriela Rodríguez Castellar**
**Farmacéutica**
**Contratista**
**C.C. No. 1.045.689.814**

Recibí a satisfacción:



**Firma**
**KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ**
**COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SÍNTESIS QUÍMICA DE FABRICACIÓN NACIONAL**
**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS**
**Supervisor(a) Contrato 939 de 2023**