	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	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	**Paula Michelle Sepúlveda Ramos**	**NIT/ CC No.**	1010223239
CORREO ELECTRÓNICO	psepulvedar@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3125602883
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	**1027 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**29/12/2023**
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	**22/08/2023**	**FECHA DE INCIO**	**23/08/2023**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**29/12/2023**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 23.374.621**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 17.853.057**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 12.331.493**	**VALOR PAGADO**	**11.043.128**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de septiembre al 22 de octubre del 2023)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**007700802635**

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	

N/A

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

NÚMERO DE PLANILLA		**70792784**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2023-09**	**8/09/2023**	**$ 334.100**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**2023-09**	**8/09/2023**	**$ 427.700**	**COLPENSIONES**
ARL	**2023-09**	**8/09/2023**	**$ 28.000**	**POSITIVA COMPAÑIA 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	24	



ANDREY FORERO ESPINOSA

Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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	1010223239	PAULA MICHELLE SEPULVEDA RAMOS	Cra 13 # 41-36	9369053	pmsepulvedar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2023-09	2023-09	I	08/09/2023	70792784	$789.800	

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	334.100	0		0		0	0	0	0	334.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	427.700	0	0	0	0	0	0		427.700	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	28.000				28.000	0	0	28.000			280	28.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	334.100	334.100
Pensión	1	427.700	427.700
Riesgos Laborales	1	28.000	28.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	789.800	789.800

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
CC	1010223239	PAULA MICHELLE SEPULVEDA RAMOS		Cra 13 # 41-36	9369053	pmsepulvedar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2023-09	2023-09	I	08/09/2023	70792784	$789.800	

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	Estornudo	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	1010223239	SEPULVEDA RAMOS PAULA MICHELLE	59	0			N																	25-14	2.672.626	427.700	0	0	0	0	EPS008	2.672.626	334.100	14-23	2.672.626	2	28.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1027 DE 2023			
CONTRATISTA:	PAULA MICHELLE SEPÚLVEDA RAMOS		**NIT / C.C No. :**	1.010.223.239-8
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	23’374.621			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-22**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**128**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-23**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022-09-23**	**HASTA:**	**2023-10-22**
PAGO NÚMERO:	**2**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ANDREY FORERO ESPINOSA**			

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 trámites 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.**	**1.** Estudios de trámites asociados a modificaciones de alto riesgo, al Registro Sanitario de Medicamentos Biológicos y Respuestas a Auto.	**1.1** Radicado **20231064313**. Modificación de alto riesgo, Estudio inicial – Verorab®. Finaliza evaluación del trámite los días 25, 26 de septiembre y 11* de octubre. *0.4 días Tiempo: 2.4 días **1.2** Radicado **20211196630**. Modificación de alto riesgo, RTA Auto – Heparina sódica inyectable 5000 UI; evaluado los días 28, 29 de septiembre, 2, 3*, 6* de octubre. *0.5 días Tiempo: 4 días.

		2. Actividades del GRSMBR	**1.3** Radicado **20201175143**. Modificación de alto riesgo, RTA Auto – BENEFIX® 1000 UI. Evaluado los días 4, 5 y 6* de octubre. *0.5 días Tiempo: 2.5 días. **1.4**. Radicado **20211109613**. Modificación de alto riesgo, Estudio inicial – Omnitrope®. Solución inyectable en cartucho 10mg/1.5 mL. Evaluado los días el 6, 9 10, 11, y 12 de octubre. Tiempo: 5 días **1.5**. Radicado **20211106348**. Modificación de alto riesgo, Estudio inicial – Omnitrope®. Solución inyectable en cartucho 15mg/1.5 mL. Evaluado los días el 13, 17, 18, 19 y 20 de octubre. Tiempo: 5 días **2.1** Reuniones de grupo o seguimiento del plan de trabajo los días 26 de septiembre, 11 de octubre. **2.2** Cita de atención a usuario N° 38906 el día 5 de octubre Tiempo: 0.1 días
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.**	**1.** Actos administrativos de los radicados relacionados en la obligación contractual N° 1.	**1.** Se proyectaron las resoluciones de modificación de los radicados 20211079573, 20201175143, 20211196630, 20231064313.
3	**Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de**	Actividad no requerida en el presente periodo de pago.	N.A

	registro sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.		
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 trámites asociados.**	**1.** Diligenciamiento de datos de trámites asignados en el aplicativo de registros. **2.** Diligenciamiento de bases de datos internas sobre formatos de informes de evaluación técnica.	**1.1** Se completaron datos del radicado 20221256353 el 29 de septiembre. **1.2** Se completaron datos del radicado 20201197393 el día 6 de octubre. **1.3** Se completaron datos del radicado 20211196630 el día 20 de octubre **2.** Envío de los FIE's creados al correo respectivo, cargue de los archivos relacionados al plan de trabajo en la carpeta "FIES por funcionario", y actualización de la información respectiva de la base de datos interna "Articulación Modif. Alta complejidad".
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.**	Actividad no requerida en el presente periodo de pago.	N.A
6	**Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos respecto de registros sanitarios y demás trámites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual.**	Actividad no requerida en el presente periodo de pago.	N.A

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)
2	$5’521.564	2.672.626	30	789.800	70792784	Mi Planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 23’374.621,0
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$11’043.128
Saldo del contrato	$ 12’331.493

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
2	X	

Atentamente,

Paula Sepúlveda

Paula Michelle Sepúlveda Ramos
Contratista
C.C. No. 1.010.223.239

Recibí a satisfacción:

ANDREY FORERO ESPINOSA
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
Supervisor del Contrato 1027 de 2023