	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**	**$ 14.724.171**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 9.202.607**	**VALOR PAGADO**	**$ 16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**TERCERO (3)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**10 de octubre de 2023 al 9 de noviembre 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		**71837802**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2023-10**	**2023-10-23**	**276.100**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**2023-10**	**2023-10-23**	**353.400**	**PORVENIR**
ARL	**2023-10**	**2023-10-23**	**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

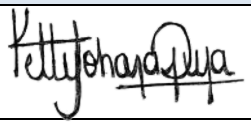
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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	11	15	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ

COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA DE FABRICACIÓN NACIONAL

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:**	octubre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2023
Número de Radicación:	71837802	**Total a pagar:**	$654,400
Fecha de vencimiento:	03/11/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	23/10/2023	**Número de Administradoras:**	4

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:**	232781598
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
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$13,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$276,100
						$654,400

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

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:	**TERCERO (3)**		**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.	20221154234 20221088305 20231052776 20231061063 20231044894 20211188019 20231146446 20231149855 20221282274 20211018808 20231252920 20191244572	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.	20221154234 20221088305 20231052776 20231061063 20231044894 20211188019 20231146446 20231149855 20221282274 20211018808	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.	Vista en planta ROPSOHN LABORATORIOS. Visita en planta BIOQUIMICO PHARMA S.A.	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	Base de datos del aplicativo de Registro Sanitario.	App de registro sanitario, Sharepoint.

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
	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 de registro de Tutelas	
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.	20231252920	Correo institucional

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	71837802	MIPLANILLA

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	25.767.299
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual)	14.724.171
Saldo del contrato	9.202.607

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	-
3	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