	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	**LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA**	**NIT/ CC No.**	52889412
CORREO ELECTRÓNICO	lacanonc@gmail.com	**TELÉFONO**	3132727491
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	**(1002 DE 2023)**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**(2023-12-29)**
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	**2023-08-16**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-16**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 24.662.986**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 19.141.422**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 13.619.858**	**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**	**(16 de septiembre al 15 de octubre del 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**8453056717**

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	SI	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA	**8371717580 octubre 8370896866 septiembre**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**octubre**	**2023-10-18**	**276200**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**octubre**	**2023-10-18**	**353500**	**PORVENIR**
ARL	**octubre**	**2023-10-18**	**11600**	**POSITIVA**
SALUD	**septiembre**	**2023-09-15**	**276200**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**septiembre**	**2023-09-15**	**353500**	**PORVENIR**
ARL	**septiembre**	**2023-09-15**	**11600**	**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

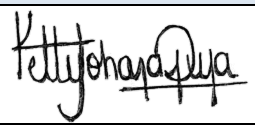
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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	10	23



KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ
COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA DE FABRICACIÓN

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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
No. Identificación: CC52889412
Dirección: KRA 110 BIS NO 70A-29
Telefono: 7111111
Correo: lacanonc@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370896866

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Tipo y número de identificación	CC52889412
Número de planilla	8370896866
Fecha pago	2023-09-15
Número de autorización pago	70896866
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	685500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11600	1
230301	Porvenir	353500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	44200	1
EPS008	Compensar EPS	276200	1

8370896866

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52889412
APELLIDOS Y NOMBRES: LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	2209000	2209000	2209000	2209000	276200	0	353500	0	11600	44200

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
No. Identificación: CC52889412
Dirección: KRA 110 BIS NO 70A-29
Telefono: 7111111
Correo: lacanonc@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8371717580

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Tipo y número de identificación	CC52889412
Número de planilla	8371717580
Fecha pago	2023-10-18
Número de autorización pago	71717580
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	685500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11600	1
230301	Porvenir	353500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	44200	1
EPS008	Compensar EPS	276200	1

8371717580

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52889412
APELLIDOS Y NOMBRES: LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	2209000	2209000	2209000	2209000	276200	0	353500	0	11600	44200

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	*(No. de contrato y año)* **1002 del 2023**			
CONTRATISTA:	**Laura Andrea Cañón Cepeda**		**NIT / C.C No. :**	**52.889.412**
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	**($**24.662.986**)**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-16**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2023-12-29**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-16**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-09-16**	**HASTA:**	**2023-10-15**
PAGO NÚMERO:	**segundo (2)**		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1.	Realizar la evaluación técnica de los documentos aportados por el interesado para la obtención de Registro Sanitario y demás trámites asociados de alta complejidad; en relación con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato y en cumplimiento de las metas POA de la dependencia, de acuerdo con la normatividad sanitaria legal vigente	20221143052 20211181125 20201228348 20201233526 20211298528 20221285629 20221265372 20221285531 20231064744 20211197883	Movimiento de cada uno de los radicados en el aplicativo de registros sanitarios del INVIMA 20221265372 Correo Requerimiento 20231064744 Evaluación de respuesta de requerimientos de visita - correo requerimiento
2.	Proyectar actos administrativos como resoluciones, autos, oficios que se generen del servicio de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad realizando el proceso de análisis y verificación técnica integral de los	20221143052 20211181125 20201228348 20201233526 20211298528 20221285629 20221265372	Actos administrativos que se pueden encontrar en el aplicativo de registros o en Sesuite 20221265372 Correo Requerimiento

	documentos allegados por los usuarios ante el Invima de acuerdo a la normatividad vigente.	20221285531 20231064744 20211197883	20231064744 Evaluación de respuesta de requerimientos de visita - correo de requerimiento
3.	Realizar el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de trámites relacionados con la solicitud de visitas con evaluación farmacéutica acorde con las solicitudes presentadas.	20221143052 20211181125 20201228348 20201233526 20211298528 20221285629 20221265372 20221285531 20231064744 20211197883	FIE y actas de visita
4	Diligenciar y actualizar el aplicativo de registros sanitarios de medicamentos del instituto, en función de los trámites asignados	20221143052 20211181125 20201228348 20201233526 20211298528 20221285629 20221265372 20221285531 20231064744 20211197883	Movimiento de cada uno de los radicados en el aplicativo 20221265372 Correo Requerimiento 20231064744 Evaluación de respuesta de requerimientos de visita- correo de requerimiento .
5	Diligenciar y mantener las bases de datos internas del grupo de trabajo para la consolidación de información técnica relacionada con registros sanitarios y trámites asociados: trámites priorizados, registros con protección de datos, registros con visitas nacional e internacional, registros con bioequivalencia, concepto de salas asociados a registros sanitarios, entre otras necesarias para las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y trámites asociados con el fin de optimizar procesos internos y externos.	No se asignaron actividades en este periodo	NA
6	Apoyar la implementación o actualización de procedimientos, conceptos, guías y/o manuales relacionados con la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados	No se asignaron actividades en este periodo	NA

7	Entregar el informe de evaluación técnica que resulte de la revisión del Módulo de Calidad de las Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia (ASUE) o trámites asociados que le sean asignadas		Fies ubicados en grupo teams/general/talento humano/finalización de contrato/FIES O el link cuando lo habiliten.

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 **SEPTIEMBRE-OCTUBRE** 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	2.209.000	15	641.300	8370896866	Mi Planilla Compensar
1	$ 5.521.564	2.209.000	30	641.300	8371717580	Mi Planilla Compensar

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 19.141.422
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 13.619.858

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	X	
cuenta de cobro 1,2	X	

Atentamente,



Firma
LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Contratista
C.C. No. 52.889.412

Recibí a satisfacción:

Firma



Firma
KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 1002-2023