	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	**Sandra Xilena Ojeda Gómez**	**NIT/ CC No.**	1043002031
CORREO ELECTRÓNICO	sojedag@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3213178395
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	**1030 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**El objeto del presente contrato se ejecutará hasta el 29 de diciembre de 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	**2023-08-23**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-23**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 23.374.621**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 12.331.493**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 6.809.929**	**VALOR PAGADO**	**16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de octubre al 22 de noviembre del 2023)**
BANCO	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**24112777519**

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	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**72362838**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2023-10**	**2023-11-09**	**276100**	**EPS SURA**
PENSIÓN	**2023-10**	**2023-11-09**	**353400**	**COLPENSIONES**
ARL	**2023-10**	**2023-11-09**	**11600**	**POSITIVA 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.

	AAAA	MM	DD	
Fecha de expedición de la presente certificación:	2023	11	24	



ANDREY FORERO ESPINOSA
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

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	1043002031	SANDRA XILENA OJEDA GOMEZ	Carrera 89 # 17b-83 torre 8 apto 104	3213178395	sandraojedag@outlook.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	
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72362838	$641.100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	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	276.100	276.100
Pensión	1	353.400	353.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.100	641.100

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1043002031	SANDRA XILENA OJEDA GOMEZ		Carrera 89 # 17b-83 torre 8 apto 104	3213178395	sandraojedag@outlook.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	
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72362838	$641.100	

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	Estornado	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	1043002031	OJEDA GOMEZ SANDRA XILENA	59	0			N																	25-14	2.208.626	353.400	0	0	0	0	EPS010	2.208.626	276.100	14-23	2.208.626	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	1030 DE 2023			
CONTRATISTA:	SANDRA XILENA OJEDA GÓMEZ		**NIT / C.C No. :**	1043002031-5
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	Veintitrés Millones trescientos setenta y cuatro Mil seiscientos veintiún Pesos M/CTE ($23.374.621,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-23**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	El objeto del presente contrato se ejecutará hasta el 29 de diciembre de 2023, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución del respectivo contrato
FECHA DE INICIO:	**2023-08-23**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-10-23**	**HASTA:**	**2023-11-22**
PAGO NÚMERO:	**3**		**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 alta complejidad de Registro Sanitario de Medicamentos Biológicos.	1. Radicado: **20221008911** Producto BRINEURA®, solución para infusión. Se ejecutó los días 23-25/10/2023. Tiempo: **912 minutos (1,9 días) PARCIAL** 2. Radicado: **20231208184** Producto PERJETA® 420 MG/14 ML SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INFUSIÓN. Se ejecutó los

			días 25-27/10/2023, 1-3 y 7/11/2023. Tiempo: **2400 minutos (5 días)** 3. Radicado: **20231236338** Producto PHESGO® 600MG/600MG SOLUCIÓN INYECTABLE. Se ejecutó los días 27 y 30/10/2023 y 7-10/11/2023. Tiempo: **2400 minutos (5 días)** 4. Radicado: **20221250513** Producto BLAUBIMAX 20%, solución inyectable. Se ejecutó el día 10/11/2023. Tiempo: **144 minutos (0.3 días)** 5. Radicado: **20201212615** Producto STAMARIL® POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION INYECTABLE. Se ejecutó los días 16-17 y 20-21/11/2023. Tiempo: **2400 minutos (5 días)**
		2. CITAS USUARIOS	Cita 39826 (Radicado 20231097224) Cita 40034 (Radicado 20231010864) Cita 40427 (Radicado: 20211020540) Se ejecutó los días 2, 9, 16/11/2023. Tiempo: **240 minutos (0.5 días)**
		3. Reuniones transición normativa.	No aplica. Se ejecutó los días 23-24, 26-27 y 30-31/10/2023. Tiempo: **240 minutos**

		REUNION DE GRUPO - TALLER. Capacitación en terapias génicas U-Javeriana Roche Perjeta 2.0 Pilot Kick-off meeting with EMA and WHO.	**(0.5 días)** No aplica. Se ejecutó el día 7/11/2023. Tiempo: **60 minutos (0.125 días)** No aplica. Se ejecutó los días 31/10 (1 día), 10 (0.5 días), 14 (1 día), 15 (0.5 días) /11/2023. Tiempo: **1224 minutos (2.55 días) PARCIAL** 1. No aplica. Se ejecutó el día 22/11/2023. Tiempo: **60 minutos (0.125 días)** **Tiempo total de las actividades: 21 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 trámites de modificaciones de alta complejidad.	1.1. Radicado: **20221008911 RESOLUCIÓN** 1.2. Radicado: **20221250513 RESOLUCIÓN**
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.**	**----------**	**----------**
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 y actualización del aplicativo de RS.	**----------**

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.**	**----------**	**----------**
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.**	**----------**	**----------**

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 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	$2.208.626	30	$641.100	72362838	Compensar Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 23.374.621
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.564.692
Saldo del contrato	$ 6.809.929

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

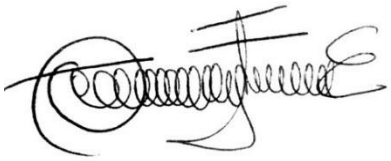
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
3	X	

Atentamente,



Sandra Xilena Ojeda Gómez
Contratista
C.C. No. 1.043.002.031

Recibí a satisfacción:



ANDREY FORERO ESPINOSA
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor del Contrato 1030 de 2023