	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION 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 XIMENA URREA BULLA**	**NIT/ CC No.**	52118185-1
CORREO ELECTRÓNICO	surreab@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3103088419
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	**No. 854 DE 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**(2023/12/29)**
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	**(2023/08/03)**	**FECHA DE INICIO**	**(2023/08/03)**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**(2023/12/29)**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 10.490.972**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 4.969.408**	**VALOR PAGADO**	**$ 22.086.256**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 04)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(03 de noviembre del 2023 al 02 de diciembre del 2023)**
BANCO	**CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**24076635074**

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

Soporte de pago de pension IVSS Venezuela.

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

NÚMERO DE PLANILLA		**72862375**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**NOVIEMBRE**	01/12/2023	$ 276.100	COMPENSAR
PENSIÓN	**NOVIEMBRE**	01/12/2023	$ 353.400	COLPENSIONES
ARL	**NOVIEMBRE**	01/12/2023	$ 11.600	POSITIVA COMPAÑÍA 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	12	6	



DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA

COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS

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

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	52118185	SANDRA XIMENA URREA BULLA	CALLE 70 SUR NO 81 F 52	3947991	XIMENAURRE@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-11	2023-11	I	01/12/2023	72862375	$654.400	

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	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.300	0	0	13.300	1

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	1	13.300	13.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	654.400	654.400

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	52118185	SANDRA XIMENA URREA BULLA		CALLE 70 SUR NO 81 F 52	3947991	XIMENAURRE@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-11	2023-11	I	01/12/2023	72862375	$654.400	

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	52118185	URREA BULLA SANDRA XIMENA	59	0			N																	25-14	2.208.700	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.700	276.100	14-23	2.208.700	1	11.600	CCF24	2.208.700	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**854 de 2023**			
CONTRATISTA:	**SANDRA XIMENA URREA BULLA**		**NIT / C.C No. :**	52118185-1
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	VEINTISIETE MILLONES CINCUENTAICINCOMIL SEISCIENTOS SESENTAICUATRO PESOS MCTE ($ 27.055.664)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023/08/03		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	147 días
FECHA DE INICIO:	2023/08/03		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023/12/29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023/11/03	**HASTA:**	2023/12/02
PAGO NÚMERO:	04		**DEPENDENCIA:**	DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA** Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados			

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 tramites 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.	3 FIES	FIES 20211292765/ Evaluación Registro Nuevo /677 / FIE 20211294775/ Evaluación Registro Nuevo /677, No unificado con BIO-BIO /FIE 20211302667/ Evaluación Registro Nuevo /677, No unificado con BIO-BIO /FIE

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.	7 AUTOS 3 RESOLUCIONES	**AUTOS** 20211124996/ Evaluación Registro /677/ Inicial- se genera auto 20211124932 / Evaluación Registro /677, No unificado./ Inicial- se genera auto 20211291824/ Evaluación Registro /677, No unificado/ Inicial- se genera auto 20211293231/ Evaluación Registro /677, No unificado/ Inicial- se genera auto 20211287780/ Evaluación Registro /677, No unificado/ Inicial- se genera auto 20211288049/ Evaluación Registro /677, No unificado/ Inicial- se genera auto 20231121477/ Evaluación Registro /677, No unificado/ Inicial- se genera auto **RESOLUCIONES** 20221250426/ Evaluación Registro Nuevo /677, No unificado./ Rta-Auto 20191065419/ Renovación por 677, No unificado/ Rta. Auto 20211073243/ Evaluación Registro Nuevo /677, No unificado. Rta de Auto

3.	Apoyar la realización de visitas con fines deobtención de registrossanitarios con el estudio,análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.	NO ME FUE ASIGNADO LABORES ESTE MES SOBRE ESTA ACTIVIDAD	NA
5.	Apoyar en la actualizaciónde 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 ME FUE ASIGNADO LABORES ESTE MES SOBRE ESTA ACTIVIDAD	NA
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.	6 CAPACITACIONES O REUNIONES GRUPALES	• Guía de Calidad S. Química Principios y Manejo. • Reunión Grupal Temas generales. • Planes de Trabajo • Jueves de Soluciones • Tramites tradicionales • Modificación Tradicional 465 MINUTOS

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

2. 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
NA.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

3. 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 **NOVIEMBRE del año 2023.**

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. de planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 5.521.564	2.208.700	30	$641.100	70625023	Aportes en línea
02	$ 5.521.564	2.208.700	30	$654.400	71090155	Aportes en línea
03	$ 5.521.564	2.208.700	30	$654.400	72115522	Aportes en línea
04	$ 5.521.564	2.208.700	30	$654.400	72862375	Aportes en línea

4. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.055.664
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$22.086.256
Saldo del contrato	$4.969.408

5. 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	
Pago 01,02,03,04	X	

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista: SANDRA XIMENA URREA BULLA
Contratista
C.C. No. 52118185
Contrato 854 de 2023

Recibí a satisfacción:



Firma
Nombres y Apellidos: DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
CC.52024956
Cargo: Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados.
Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 854 de 2023