	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION 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	**Sandra Yannet Gomez Fierro**	**NIT/ CC No.**	65785222
CORREO ELECTRÓNICO	sgomezf@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3178085411
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. 849 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 tramites 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	**(2023/08/03)**	**FECHA DE INICIO**	**(2023/08/03)**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**(2023/12/29)**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 21.534.100**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 16.012.536**	**VALOR PAGADO**	**11.043.128**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 02**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(3 de septiembre del 2023 al 2 de octubre del 2023)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**9970190113**

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		**7896385242**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Septiembre**	2023/10/10	$ 294.300	COMPENSAR
PENSIÓN	**Septiembre**	2023/10/10	$ 376.600	Colpensiones
ARL	**Septiembre**	2023/10/10	$ 12.400	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	26



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA

COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS

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.

	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	849 de 2023			
CONTRATISTA:	Sandra Yanneth Gómez Fierro		**NIT / C.C No. :**	65.785.222
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 cincuenta y cinco mil seiscientos sesenta y cuatro pesos. (27´055.664)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-03		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	Ciento cuarenta y siente (147) días
FECHA DE INICIO:	2023-08-03		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-09-03	**HASTA:**	2023-10-02
PAGO NÚMERO:	Dos (2)		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Danaida Erika Sandoval Peña			

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.		- Aplicativo de registro - 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.	Se generó en los aplicativos institucionales los actos administrativos requeridos para los radicados relacionados en el punto anterior.	Aplicativo de registro

No	RADICADO	TIPO TRÁMITE	ETAPA-OBSERVACION
1	20211044817	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Se emite auto
2	20211094891	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Se emite auto
3	20211167485	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Se emite auto
4	20211159009	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Se emite auto
5	20211039138	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Envió a GACR por concepto sobre el Inserto.
6	20211159422	Evaluación Registro Nuevo (inicial)	Envió a GACR por concepto sobre el Inserto.

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.	N/A	N/A
4	Mantener actualizada la información de las herramientas tecnológicas institucionales 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 tramites asociados	Revisión del correo institucional de desabastecimiento de medicamentos así como la consolidación, análisis y priorización si aplica de las diferentes solicitudes de priorización de estudios de trámites de Registros sanitarios de medicamentos.	Archivo TRAMITES EN CONDICION ESPECIAL DE RIESGO V-23JUN2023
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	N/A	N/A
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	N/A	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 septiembre 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)
Dos (2)	Cinco millones quinientos veintiún mil quinientos sesenta y cuatro pesos (5´521.564)	Dos millones trescientos cuarenta y tres mil trecientos setenta y cuatro pesos (2.343.374)	30	EPS $294.300 Pensión $ 376.600 ARL $ 12.400 Total $680.300	7896385242	Soi

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	Veintisiete millones cincuenta y cinco mil seiscientos sesenta y cuatro pesos. (27´055.664)
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	Once millones cuarenta y tres mil ciento veintiocho pesos (11´043.128)
Saldo del contrato	Dieciséis millones doce mil quinientos treinta y seis pesos (16´012.536)

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
Dos (2)	X	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N°1.

Atentamente,



Sandra Yanneth Gómez
C.C. No. 65.785.222
Correo: sgomezf@invima.gov.co
Cel: 3178085411
Contratista.

Recibí a satisfacción:



DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química Importados

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65785222
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA YANNETH GOMEZ FIERRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 87B 8A-72 T 5 AP 920	TELÉFONO:	9239300
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7896385242**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		211468331

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 376.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 376.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 294.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 294.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 680.300**
VALOR MORA:	**$ 3.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 683.300**

Planilla Pagada