| | 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 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** | **$ 16.012.536** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.521.564** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 10.490.972** | **VALOR PAGADO** | **16.564.692** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **PAGO 03** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N.A.** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **(3 de octubre del 2023 al 2 de noviembre 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** | | **7900461172** | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **Octubre** | 2023/11/10 | $ 293.600 | COMPENSAR |
| **PENSIÓN** | **Octubre** | 2023/11/10 | $ 375.800 | Colpensiones |
| **ARL** | **Octubre** | 2023/11/10 | $ 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.**

| | **AAAA** | **MM** | **DD** | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | 2023 | 12 | 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| | **Nombre** | |
| | **Fecha de revisado:** | AAAA-MM-DD |
| **DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA**<br>**COORDINADORA GRUPO REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS** | **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.

# 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: | **7900461172** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 2 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/11/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 269339932 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 375.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 375.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 293.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 293.600** |
| **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:** | **$ 1.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 681.800** |

Planilla Pagada

| | 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:** | 2023-10-03 | **HASTA:** | 2023-11-02 |
| **PAGO NÚMERO:** | Tres (3) | | **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<br>- FIE |

| No | RADICADO | ETAPA-OBSERVACION |
|---|---|---|
| 1 | 20211173874 | Se emite auto |
| 2 | 20211171060 | FIE COMPLETO. Envió a GACR por concepto sobre el Inserto. |
| 3 | 20211174752 | El Estudio de BioBio no se encuentra en los radicados asignados. Sin embargo, hay otro radicado el 20211141743, que lo tiene. PENDIENTE decisión de sala para emisión auto técnico. |
| 4 | 20211233935 | FIE COMPLETO. Envio a GACR por concepto sobre el Inserto y Bioequivalencia. |
| 5 | 20211236612 | FIE COMPLETO. Envió a GACR por concepto sobre el Inserto y Bioequivalencia. |
| 6 | 20211174816 | El Estudio de BioBio no se encuentra en los radicados asignados. Sin embargo, hay otro radicado el 20211141743, que lo tiene. PENDIENTE decisión de sala para emisión auto técnico. |
| 7 | 20211174835 | El Estudio de BioBio no se encuentra en los radicados asignados. Sin embargo, hay otro radicado el 20211141743, que lo tiene. PENDIENTE decisión de sala para emisión auto técnico. |
| 8 | 20211044817 | Se emite Auto |
| 9 | 20211094891 | Se emite Auto |
| 10 | 20211159009 | Se emite Auto |
| 11 | 20211167485 | Se emite Auto |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 |
| **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 | Generación y revisión de datos para dará respuesta entes de control | Carpeta Procuraduría 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | conceptos respecto de registros sanitarios y demás tramites 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 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tres (3) | 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 $293.600<br>Pensión $ 375.800<br>ARL $ 12.400<br>Total $681.800 | 7900461172 | 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). | Dieciséis millones quinientos sesenta y cuatro mil seiscientos noventa y dos pesos (16´564.692) |
| Saldo del contrato | Diez millones cuatrocientos noventa mil novecientos setenta y dos pesos (10´490.972) |

## 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 |
| Tres (3) | 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