	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	**Carlos Mican Poveda**	**NIT/ CC No.**	79.885.633
CORREO ELECTRÓNICO	cmicanp@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3124507114
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	**833 - 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**148 días**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales especializados relacionados con las solicitudes de registros sanitarios, tramites y actividades asociadas a los productos competencia de la dirección de medicamentos y productos biológicos en el módulo de calidad.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-02**	**FECHA DE INICIO**	**2023-08-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.239.716**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 10.675.024**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 5.153.460**	**VALOR PAGADO**	**22.086.256**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**CUARTO**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(02 de noviembre al 01 de diciembre de 2023)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**673-213694-53**

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)

NA

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	**72711953**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Noviembre**	**2023-12-04**	**$ 276.200**	**SANITAS**
PENSIÓN	**Noviembre**	**2023-12-04**	**$ 353.500**	**COLPENSIONES**
ARL	**Noviembre**	**2023-12-04**	**$ 11.600**	**POSITIVA COMPAÑIA 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 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	*(833 de 2023)*			
CONTRATISTA:	Carlos Mican Poveda		**NIT / C.C No. :**	*79885633*
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales especializados relacionados con las solicitudes de registros sanitarios, tramites 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 doscientos treinta y nueve setecientos dieciséis Pesos M/CTE ($27.239.716,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-02		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	148 DIAS
FECHA DE INICIO:	2023-08-02		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-11-02	**HASTA:**	2023-12-01
PAGO NÚMERO:	CUARTO (04)		**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.	Se realizó 14 estudios de control posterior a modificación automática de Registro Sanitario, 4 evaluaciones de generación de resolución, 1 solicitudes de corrección de resolución y 3 modificaciones tradicionales	Fies: 14 Control posterior: 14 Resoluciones elaboración: 4 Resoluciones corrección: 1 Modificación tradicional: 3 **Control posterior: 14** **Radicado** / **Expediente** 20211115897 / 19954360 20211123313 / 20003506 20211203189 / 19989598 20211213629 / 20148350 20211217541 / 20010745 20211226575 / 19991314 20211230656 / 19924192 20211230675 / 55959 20211231293 / 19908404 20211232823 / 23187 20211232833 / 228382 20211298737 / 20155365 20211296757 / 19992492 20221094372 / 19992492 **Elaboración de resolución: 4** **Radicado** / **Expediente**

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>20231240406</td><td>20065026</td></tr>
<tr><td>20211271541</td><td>20008605</td></tr>
<tr><td>20221132865</td><td>20145340</td></tr>
<tr><td>20221141394</td><td>19992492</td></tr>
</table>
Corrección de resolución: 1
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>Expediente</th></tr>
<tr><td>20231053217</td><td>20040112</td></tr>
</table>
Modificación tradicional: 3
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>Expediente</th></tr>
<tr><td>20231046269</td><td>20090650</td></tr>
<tr><td>20231046423</td><td>20090652</td></tr>
<tr><td>20211297179</td><td>20040112</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>2</td><td>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.</td><td>Se generó 1 resoluciones correspondientes a trámites de corrección, 4 resolución de modificación automática de Registro Sanitario, 3 resoluciones de modificación tradicional.</td><td>
Corrección de resolución: 1
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>Expediente</th></tr>
<tr><td>20231053217</td><td>20040112</td></tr>
</table>
Elaboración de resolución: 4
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>Expediente</th></tr>
<tr><td>20231240406</td><td>20065026</td></tr>
<tr><td>20211271541</td><td>20008605</td></tr>
<tr><td>20221132865</td><td>20145340</td></tr>
<tr><td>20221141394</td><td>19992492</td></tr>
</table>
Modificación tradicional: 3
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>Expediente</th></tr>
<tr><td>20231046269</td><td>20090650</td></tr>
<tr><td>20231046423</td><td>20090652</td></tr>
<tr><td>20211297179</td><td>20040112</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>3</td><td>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.</td><td>No se avanzó en esta actividad</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>4</td><td>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 tramites asociados.</td><td>Se realizo 8 actualizaciones de la base de datos Invima</td><td>Resoluciones: 8
Completar datos: 8</td></tr>
</table>

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.	No se avanzó en 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.	No se avanzó en esta actividad	NA

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
2.			**AAAA-MM-DD**	**AAAA-MM-DD**

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 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. Planilla**	**Planilla Expedida por (operador)**
01	$5.521.564	$2’208.626	30	$ 641.300	72711953	Pago Simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.239.716
Valor prórroga contrato	$ 0
Valor del contrato modificado	$ 0
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 22.086.256
Saldo del contrato	$ 5.153.460

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,1, 2, 3	X	

Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios N° 833 de 2023.

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista
Contratista: Carlos Mican Poveda
C.C. No. 79885633

Recibí a satisfacción:



Firma_____
DANAIDA ERIKA SANDOVAL PEÑA
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios Medicamentos
Síntesis Química Importados desde 08/08/2023
Supervisor Contrato 833 de 2023

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	79885633	CARLOS MICAN POVEDA	CARRERA 112 No 78 50	4530185	cmicanp@hotmail.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	
2023-11	2023-11	I	04/12/2023	72711953	$641.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	276.200	0		0		0	0	0	0	276.200	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	353.500	0	0	0	0	0	0		353.500	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	276.200	276.200
Pensión	1	353.500	353.500
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	641.300	641.300

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	79885633	CARLOS MICAN POVEDA		CARRERA 112 No 78 50	4530185	cmicanp@hotmail.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	
2023-11	2023-11	I	04/12/2023	72711953	$641.300	

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	Estudiante	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	79885633	MICAN POVEDA CARLOS	59	0			N																	25-14	2.209.000	353.500	0	0	0	0	EPS005	2.209.000	276.200	14-23	2.209.000	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