	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN 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	**ARNOLD ALBERTO SUAREZ REY**	**NIT/ CC No.**	80139460
CORREO ELECTRÓNICO	arnold.suarezrey@gmail.com	**TELÉFONO**	3125960050
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**874 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**147 días**
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 INCIO**	**2023-03-08**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.055.664**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.534.100**	**VALOR PAGADO**	**5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**3 de agosto a 2 de septiembre de 2023**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**21714484963**

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	**71398166**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**AGOSTO**	**2023-10-04**	**$ 308.500,00**	**COMPENSAR EPS**
PENSIÓN	**AGOSTO**	**2023-10-04**	**$ 394.800,00**	**COLPENSIONES**
ARL	**AGOSTO**	**2023-10-04**	**$ 13.000,00**	**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

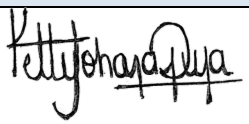
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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	11	23



KELLY JOHANA OSPINA VELASQUEZ

COORDINADORA DEL GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE SÍNTESIS QUÍMICA DE FABRICACIÓN NACIONAL - 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

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ARNOLD ALBERTO SUAREZ REY	**NIT:**	80139460
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2023
Número de Radicación:	71398166	**Total a pagar:**	$731,200
Fecha de vencimiento:	14/09/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/10/2023	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	198458844
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$13,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$394,800
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$14,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$308,500
						$731,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 71398166, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889928540

(415)7707212489984(8020) 000001488992854 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 3 9 4 6 0	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 1 3 9 4 6 0	2 0 0 1 0 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	REY	ARNOLD	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal: VDA FONQUETA CONJ CONDOMINIO MONTALTO PH CA 9

42. Correo electrónico: arnold0617@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 0 7	3 1 2 5 9 6 0 0 5 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 9 0 4 1 2						2 1 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 20 / 13 : 01: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SUAREZ REY ARNOLD ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C. 23 de noviembre de 2023

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

Yo, **Arnold Alberto Suárez Rey**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **80.139.460**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI ( ) NO (X)

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (**X**) NO ( )

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (**X**) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (**X**) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   4.2. Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.	N.A.	N.A.
2.	N.A.	N.A.
3.	N.A.	N.A.

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (**X**);

   Favor indicar la tarifa (N.A.)%

Si en numeral 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
Nicolas Suárez Gómez	11	Hijo	1011218981

   Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,357,184) por concepto de dependientes.

7. Soy pensionado SI ( ) NO (**X**), según resolución No._____.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (**X**): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (**X**): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

8.3. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (**X**) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio)

8.4. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI (**X**) NO ( )

8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el (N.A.)% para la deducción.

8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI (**X**) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de **Bogotá D.C.** a los **23** días del mes de **noviembre** de **2023**



Firma: _____
Nombres y Apellidos: **Arnold Alberto Suárez Rey**
C.C. **80.3139.460**

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

BBVA

NIT. No. 860.003.020-1
Cra 9 No. 72-21 Piso 7

CERTIFICADO DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS DE VIVIENDA

PARA EL AÑO GRAVABLE 2022

OFICINA O DEPENDENCIA 0767 BBVANET

NOMBRE TITULAR(ES)		IDENTIFICACIÓN TITULAR(ES)	
ARNOLD ALBERTO SUAREZ REY	1	80139460	0

NÚMERO DE CRÉDITO	MONTO INICIAL	FECHA DE DESEMBOLSO
001307449601186213	140,000,000.00	23-01-2018

MODALIDAD DE CRÉDITO: PESOS			
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2022	:	124,323,425.25
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2021	:	147,991,981.58
PAGOS DEL PERIODO: 35,201,973.95			
VALOR INTERESES Y UVR´S PAGADOS: 18,496,416.67			
MONTO MÁXIMO A DEDUCIR POR INTERESES DE VIVIENDA: 18,496,416.67			

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC 02-04-2023

DIRECCIÓN OFICINA: CARRERA 9# 72-21

Los saldos que arroja esta certificación se suministrarán con base en los registros contables que se producen en cumplimiento de las normas establecidas en los correspondientes pagarés, otros títulos valores y contratos que vinculan al deudor con el Banco, resulten a cargo del mismo.

En virtud de lo establecido en el artículo del D.R. 836 de 1991, este certificado no requiere Firma Autografa.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1011218981

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52658709

52658709

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	50	☐	☐	☐	A 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	GOMEZ

Nombre(s): NICOLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11559749-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ FIERRO SANDRA YANNETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 65.785.222	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ REY ARNOLD ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80.139.460	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ REY ARNOLD ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80.139.460	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes JUN Día 29	JULIO S. GARCIA MONTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JULIO S. GARCIA MONTES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS No.102 FOLIO 171

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para cualquier parentesco.

Se expide a solicitud de Arnold Alberto Suarez
Bogotá D.C. 03 JUL. 2012

Nubia
Luz Stella Morales
Revisado

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830037248-5 TEL. 4063110

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

	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	874 de 2023			
CONTRATISTA:	Arnold Alberto Suárez Rey	**NIT / C.C No. :**	80.139.460	
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	$ 27.055.664			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-03**	**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**147**	
FECHA DE INICIO:	**2023-08-03**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**	
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:** **2023-08-03**	**HASTA:**	**2023-09-02**	
PAGO NÚMERO:	**UNO (1)**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**	
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Kelly Johana Ospina Velásquez**			

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.	Estudio técnico inicial registro sanitario nuevo 20231256567 20231124622 20231187647 Estudio técnico respuesta a auto registro sanitario nuevo 20221258560 20221060216 20231074211 20231121552 20231137212 20211168820 20221182998	Formatos de evaluación técnica diligenciados y entregados al correo fies.rsmpb@invima.gov.co Trámites actualizados en el aplicativo de registros sanitarios.
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y tramites asociados de alta complejidad,	Generación de los actos administrativos de los trámites relacionados en el punto anterior.	Las resoluciones y autos se pueden visualizar en el aplicativo de registros sanitarios, consultando la información de cada número de radicado. Los requerimientos de los trámites con visita se enviaron

	de acuerdo con la normatividad vigente.		vía correo electrónico al auditor líder de la visita.
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.	Estudio técnico inicial registro sanitario nuevo 20231256567 20231124622 20231187647	Formatos de evaluación técnica diligenciados y entregados al correo fies.rsmpb@invima.gov.co Trámites actualizados en el aplicativo de registros sanitarios.
4	Mantener actualizada la información de las herramientas tecnológicas institucionales y de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológico, así como las demás bases de datos que se requieran con ocasión del objeto contractual respecto al desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	Se diligencio y actualizó el aplicativo de registros sanitarios con los resultados de cada una de los estudios mencionados en el punto 1, así como también el archivo de Plan de trabajo ubicado en la carpeta del aplicativo TEAMS del grupo de registros sanitarios de síntesis química de fabricación nacional, con la información de los trámites reportados en el punto 1 y 3.	La información se puede ver en el aplicativo de registros sanitarios, consultando la información de cada número de radicado y en las bases de datos compartidas en TEAMS del Grupo de Registros Sanitarios de Síntesis Química de Fabricación Nacional..
5	Apoyar la actualización de procedimientos, instructivos, guías y/o manuales para el desarrollo de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	No hubo requerimientos en este periodo	No hubo requerimientos en este periodo
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.	Estudio y proyección de respuesta a los radicados: 20231171580 20231063230 20221216435 20231199977	Las respuestas tramitadas se pueden consultar en el aplicativo SeSuite consultando cada número de radicado.

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 agosto 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	2.415.000	30	$ 716.300	71398166	MIPLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 27.055.664
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 21.534.100

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, PAGO 1	X	

Atentamente,



Firma
Arnold Alberto Suárez Rey
Contratista
C.C. No. 80.139.460

Recibí a satisfacción:



Firma
Kelly Johana Ospina Velasquez
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Síntesis Química de Fabricación Nacional
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 874 de 2023