	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN 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	**JOHANNA ANDREA MOLINA POVEDA**	**NIT/ CC No.**	1075871702-2
CORREO ELECTRÓNICO	jmolinap@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3155149004
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	**937 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 MODULO DE CALIDAD.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-10**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-10**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 25.767.299**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 14.724.171**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 9.202.607**	**VALOR PAGADO**	**16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(10 de octubre al 09 de noviembre del 2023)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**60177335358**

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	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		**1057568870**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2023-10-01**	**2023-11-01**	**276.300**	**Aliansalud**
PENSIÓN	**2023-01-01**	**2023-11-01**	**353.600**	**Porvenir**
ARL	**2023-10-01**	**2023-11-01**	**11.600**	**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	11	17

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

KELLY JOHANNA OSPINA VELÁSQUEZ
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional

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.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-01, 01:48:17 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	JOHANNA ANDREA MOLINA POVEDA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1075871702
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1057568870
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	252138666
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 641.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 353.600	$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 276.300	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 11.600	$ 0
		SubTotales:		$ 641.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 641.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

	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	937 de 2023			
CONTRATISTA:	Johanna Andrea Molina Poveda		**NIT / C.C No. :**	*1075871702-2*
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 MODULO DE CALIDAD.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 25.767.299			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-10**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2023-12-29**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-10**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-10-10**	**HASTA:**	**2023-11-09**
PAGO NÚMERO:	**TERCERO (3)**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**KELLY JOHANNA OSPINA VELÁSQUEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1.	Realizar la evaluación técnica del módulo de calidad aportado por el interesado para la obtención de registros sanitarios y demás trámites 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.	20221279911, 20221279913 20221279914, 20221280519 20221281818, 20221282019 20221282024, 20221282025 20221282032, 20221282040 20221282042	Movimiento en el aplicativo de registros sanitarios.
2.	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos somo resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	A los radicados del punto anterior se les proyectó el acto administrativo correspondiente.	En el aplicativo de registros sanitarios y/o aplicativo sesuit
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.	En este periodo no tuve radicados relacionados con visitas	N/A

4.	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 trámites asociados.	A los radicados del punto que les aplica se les actualizó la base de datos correspondiente	Aplicativo de registros sanitarios
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.	Revisión y ajuste de la circular externa de cara al usuario con los lineamientos para cambio de vía a modificaciones por Decreto 334. Actualización de documentos internos del sistema de gestión de calidad y guía de cara al usuario para trámite de agotamientos de acuerdo con el Decreto 334. Revisión y ajuste botón en oficina virtual para la radicación de solicitudes de modificaciones Decreto 334	Documento Word, reuniones por Teams y correo electrónico institucional.
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.	20221110288, 20221121617 20221131548, 20221142453 20221148656, 20221159224 20221216566, 20223002750 20231274977, 20231272597 20231258410, 20231255069 20231164858, 20231156329	Aplicativo sesuit

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 octubre 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)
3.	$ 5.521.564	$ 2.210.000	30	$ 641.500	1057568870	Simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 25.767.299
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.564.692
Saldo del contrato	$ 9.202.607

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 01 y Pago 02	X	

Atentamente,



JOHANNA ANDREA MOLINA POVEDA
Contratista
C.C. No. 1.075.871.702 de Sopó

Recibí a satisfacción:

KELLY JOHANNA OSPINA VELÁSQUEZ
Coordinadora Grupo Registros Sanitarios DE Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 937 de 2023