	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	**Jonathan Fabrizio Diaz Morales**	**NIT/ CC No.**	80252255
CORREO ELECTRÓNICO	jdiazmo@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3505249098
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**(940 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 módulo 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**	**$ 20,245,735**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5,521,564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 14,724,171**	**VALOR PAGADO**	**11,043,128**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 02)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(10 de septiembre al 09 de octubre de 2023)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**10800063251**

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	**71846264**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Septiembre**	**2023-10-23**	**$276,100**	**SALUD TOTAL**
PENSIÓN	**Septiembre**	**2023-10-23**	**$353,400**	**PORVENIR**
ARL	**Septiembre**	**2023-10-23**	**$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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**	
	2023	12	13	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Sergio Andrés Lopez Lopez **Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional**	**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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80252255	JONATHAN FABRIZIO DIAZ MORALES	Calle 24b #2b - 46	3025576136	jfdiazmor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	23/10/2023	71846264	$648.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	276.100	0		0		0	11	3.200	0	279.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	353.400	0	0	0	0	11	4.100	0	357.500	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	11	200	11.800			116	11.800	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	276.100	279.300
Pensión	1	353.400	357.500
Riesgos Laborales	1	11.600	11.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.100	648.600

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	80252255	JONATHAN FABRIZIO DIAZ MORALES	Calle 24b #2b - 46	3025576136	jfdiazmor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	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	
2023-09	2023-09	I	23/10/2023	71846264	$648.600	

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	Estornado	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	80252255	DIAZ MORALES JONATHAN FABRIZIO	59	0			N																	230301	2.208.625	353.400	0	0	0	0	EPS002	2.208.625	276.100	14-23	2.208.625	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

	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	*940 de 2023*			
CONTRATISTA:	Jonathan Fabrizio Diaz Morales		**NIT / C.C No. :**	80252255-3 / 80252255
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	Veinticinco millones setecientos sesenta y siete mil doscientos noventa y nueve pesos M/CTE. ($25’767.299)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-10		**PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS**	141 días
FECHA DE INICIO:	2023-08-10		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-09-10	**HASTA:**	2023-10-09
PAGO NÚMERO:	DOS (2)		**DEPENDENCIA:**	DMPB
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Sergio Andrés Lopez Lopez**			

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.	**1.** Estudio de respuesta a Auto o Requerimientos de solicitud de Nuevo Registro Sanitario F/V, I/V. • 20201192190 • 20201243222 • 20201254744 • 20201258588 • 20201258699 • 20211167482 • 20201245137 **2.** Estudio de solicitud de Nuevo Registro Sanitario F/V, I/S/V. • 20231249897 • 20221158561 • 20231248589 **3.** Estudio de Modificación de Registro sanitario. • 20201213440 • 20211290974 • 20211303196	**1.** Emisión de resoluciones: • 20201192190 • 20201243222 • 20201254744 • 20201258588 • 20201258699 • 20211167482 • 20201245137 • 20201213440 • 20211290974 • 20211303196 **2.** Emisión de Auto o Requerimientos: • 20231249897 • 20221158561 • 20231248589

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.	A los trámites del punto No. 1 y 3 se realiza la proyección de los actos administrativos.	Actos administrativos que se pueden encontrar en el aplicativo de registros o en Sesuite.
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.	**1.** Estudio de solicitud de Nuevo Registro Sanitario Modalidad Fabricar y Vender con Visita en planta: • 20231247770	**1.** FIES de evaluación de trámites. • 20231247770
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 tramites asociados.	A los trámites del punto No.1 y 3 se ejecuta el diligenciamiento y la actualización en el aplicativo.	Movimiento de cada uno de los radicados en el aplicativo.
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.	**1.** Respuesta a correspondencias: • 20221174256 • 20231007977 • 20231019327 • 20231035055 • 20231059180 • 20231077509 • 20231079636 • 20231080236 • 20231095978 • 20231115951 • 20231117299 • 20231130565 • 20231132991	Documentos de respuesta en Sesuite.

		• 20231141337 • 20231156333	

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.				

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 Enero del año 2022.

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	$ 2,208,626	30	$ 641.100	71846264	MIPLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 25’767.299
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11,043,128
Saldo del contrato	$ 14,724,171

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

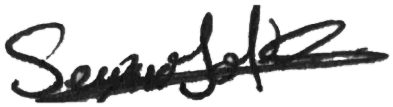
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	**PUBLICACIÓN EN SECOP II**	
	SI	**NO**
Acta de Inicio	X	
Pago 1	X	
Pago 2		X
Pago 3		x
Pago 4		x
Pago 5		x

Atentamente,



Firma
Jonathan Fabrizio Díaz Morales
Contratista
C.C. No. 80’252.255

Recibí a satisfacción:



Firma
Sergio Andrés Lopez Lopez
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional
Supervisor(a) Contrato 940 de 2023