invima	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	LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA	NIT/ CC No.	52889412
CORREO ELECTRÓNICO	lacanonc@gmail.com	TELÉFONO	3132727491
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	(1002 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 trámites 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	2023-08-16	FECHA DE INCIO	2023-08-16	FECHA DE TERMINACIÓN	2023-12-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 24.662.986	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	$ 8.098.294	VALOR A PAGAR	$ 5.521.564
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	2.576.730	VALOR PAGADO	22.086.256	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 4)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N.A.	PERIODO OBJETO DE PAGO	(16 de noviembre al 15 de diciembre del 2023)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	8453056717

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	SI		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	

Indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		8372609131 noviembre 8373277609 diciembre		
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	diciembre	2023-12-14	276200	COMPENSAR
PENSIÓN	diciembre	2023-12-14	353500	PORVENIR
ARL	diciembre	2023-12-14	11600	POSITIVA
SALUD	noviembre	2023-11-17	276200	COMPENSAR
PENSIÓN	noviembre	2023-11-17	353500	PORVENIR
ARL	noviembre	2023-11-17	11600	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

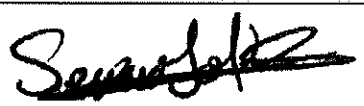
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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	15



SERGIO ANDRES LOPEZ LOPEZ
COORDINADOR GRUPO REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA DE FABRICACIÓN

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
No. Identificación: CC52889412
Dirección: KRA 110 BIS NO 70A-29
Telefono: 7111111
Correo: lacanonc@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8372509131

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Tipo y número de identificación	CC52889412
Número de planilla	8372509131
Fecha pago	2023-11-17
Número de autorización pago	72509131
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	685500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11600	1
230301	Porvenir	353500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	44200	1
EPS008	Compensar EPS	276200	1

8372509131

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52889412
APELLIDOS Y NOMBRES: LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	2209000	2209000	2209000	2209000	276200	0	353500	0	11600	44200

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
No. Identificación: CC52889412
Dirección: KRA 110 BIS NO 70A-29
Telefono: 7111111
Correo: lacanonc@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8373277509

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Tipo y número de identificación	CC52889412
Número de planilla	8373277509
Fecha pago	2023-12-14
Número de autorización pago	73277509
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	685500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	11600	1
230301	Porvenir	353500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	44200	1
EPS008	Compensar EPS	276200	1

8373277509

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52889412
APELLIDOS Y NOMBRES: LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	2209000	2209000	2209000	2209000	276200	0	353500	0	11600	44200

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

Powered by CamScanner

	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	*(No. de contrato y año)* **1002 del 2023**			
CONTRATISTA:	**Laura Andrea Cañón Cepeda**		**NIT / C.C No. :**	**52.889.412**
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	($24.662.986)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-16**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2023-12-29**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-16**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-11-16**	**HASTA:**	**2023-12-15**
PAGO NÚMERO:	Cuarto (4) parcial		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**SERGIO ANDRES LOPEZ LOPEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1.	Realizar la evaluación técnica de los documentos aportados por el interesado para la obtención de Registro Sanitario y demás trámites asociados de alta complejidad; en relación con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato y en cumplimiento de las metas POA de la dependencia, de acuerdo con la normatividad sanitaria legal vigente	20221059019 20221060302 20221060887 20221060888 20221060890 20221060891 20221061239 20221059064 20221061307 20221060183 20221061619 20181089374 20201257487 20221061450	Movimiento de cada uno de los radicados en el aplicativo de registros sanitarios del INVIMA
2.	Proyectar actos administrativos como resoluciones, autos, oficios que se generen del servicio de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad realizando el proceso de análisis y verificación técnica integral de los documentos allegados por los	20221059019 20221060302 20221060887 20221060888 20221060890 20221060891 20221061239	Actos administrativos que se pueden encontrar en el aplicativo de registros o en Sesuite

	usuarios ante el Invima de acuerdo a la normatividad vigente.	20221059064 20221061307 20221060183 20221061619 20181089374 20201257487 20221061450	
3.	Realizar el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de trámites relacionados con la solicitud de visitas con evaluación farmacéutica acorde con las solicitudes presentadas.	20221059019 20221060302 20221060887 20221060888 20221060890 20221060891 20221061239 20221059064 20221061307 20221060183 20221061619 20181089374 20201257487 20221061450	FIE y actas de visita
4	Diligenciar y actualizar el aplicativo de registros sanitarios de medicamentos del instituto, en función de los trámites asignados	20221059019 20221060302 20221060887 20221060888 20221060890 20221060891 20221061239 20221059064 20221061307 20221060183 20221061619 20181089374 20201257487 20221061450	Movimiento de cada uno de los radicados en el aplicativo
5	Diligenciar y mantener las bases de datos internas del grupo de trabajo para la consolidación de información técnica relacionada con registros sanitarios y trámites asociados: trámites priorizados, registros con protección de datos, registros con visitas nacional e internacional, registros con bioequivalencia, concepto de salas asociados a registros sanitarios, entre otras necesarias para las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y trámites asociados con el fin de optimizar procesos internos y externos.	No se asignaron actividades en este periodo	NA

6	Apoyar la implementación o actualización de procedimientos, conceptos, guías y/o manuales relacionados con la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados	No se asignaron actividades en este periodo	NA
7	Entregar el informe de evaluación técnica que resulte de la revisión del Módulo de Calidad de las Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia (ASUE) o trámites asociados que le sean asignadas	No aplica	Fies ubicados en grupo teams/general/talento humano/finalización de contrato/FIES O el link cuando lo habiliten.

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 **NOVIEMBRE-DICIEMBRE** 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	2.209.000	30	641.300	8372509131	Mi Planilla Compensar
2	$ 5.521.564	2.209.000	30	641300	8373277509	Mi Planilla Compensa

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 24.662.986
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 22.086.256
Saldo del contrato	$ 2.576.730

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	
cuenta de cobro 1,2,3,4	X	

Atentamente,



Firma
LAURA ANDREA CAÑON CEPEDA
Contratista
C.C. No. 52.889.412

Recibí a satisfacción:

Firma



Firma
SERGIO ANDRES LOPEZ LOPEZ
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor Contrato 1002-2023