	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	**DIEGO EDISSON HERNÁNDEZ BELTRÁN**	**NIT/ CC No.**	80015460-1
CORREO ELECTRÓNICO	dehernandezb@gmail.com	**TELÉFONO**	3124331124
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	**988-2023**	**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	**2023-08-15**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-15**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 24.847.038**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 2.760.782**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.760.782**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**24.847.038**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 05)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**15 diciembre al 29 diciembre del 2023**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**570450270107326**

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

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**73360548**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**dic-23**	**27/12/2023**	**276100**	**Sanitas EPS**
PENSIÓN	**dic-23**	**27/12/2023**	**353400**	**Colpensiones**
ARL	**dic-23**	**27/12/2023**	**11600**	**Positiva 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	29	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

Andrey Forero Espinosa
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos

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.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	*988-2023*		
CONTRATISTA:	DIEGO EDISSON HERNÁNDEZ BELTRÁN	**NIT / CC No.:**	*80015460-1*
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	$24.847.038		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-15	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	2023-12-29
FECHA DE INICIO:	2023-08-15	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Andrey Forero Espinosa**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y productos Biológicos.**

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA	N.A.	**No. de póliza**	N.A.

AMPAROS	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**	
		DESDE	**HASTA**
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

6. SANCIONES

SI_____ **NO**_____**X**_____

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____ **NO**_____**X**_____

8. BALANCE FINANCIERO	
CONCEPTO	**VALOR CONTRATO**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$24.847.038
ADICIONES	$0
MODIFICACIONES	$0
SUBTOTAL	$24.847.038
VALOR EJECUTADO	$24.847.038
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	$0

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL		
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA**	**ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN**
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 asignados por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta normatividad sanitaria legal vigente.	**Se enviaron los FIES correspondientes y se remitieron a los repositorios digitales correspondientes**
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos, oficios producto de la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	**Se proyectaron los actos administrativos correspondientes y se dio paso a los trámites asignados en el plan de trabajo**
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto de acuerdo con la normatividad vigente	**Se ejecutaron las actividades asignadas relacionadas con este objetivo**
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	**Se diligenciaron las herramientas tecnológicas institucionales dispuestas para depositar la información**
5	Apoyar en la actualización de procedimientos, instructivos, guías, y/o	**Se proyectaron y/o diligenciaron los documentos solicitados en el pan de trabajo**

	manuales para el desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente	
6	Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual	**Se apoyó en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato**

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

Ninguna

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE__x__ BUENO _____ REGULAR ____ MALO _____

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES FORMATO GAD-GCT-FM8)

12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todos las certificaciones de cumplimento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9,** soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	

Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO[1] del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número 988 de 2023, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 988 de 2023 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

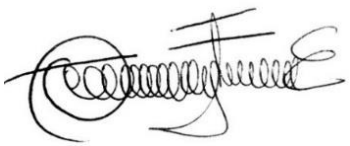
Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá a los 29 del mes diciembre de 2023.



Firma
DIEGO EDISSON HERNÁNDEZ BELTRÁN
Contratista
C.C. No. 80015460

Recibí a satisfacción:



Andrey Forero Espinosa
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
Supervisor del Contrato 988 de 2023

[1] 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL
	EVALUACION DE PROVEEDORES		
	Código: GAD-GCT-FM8	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

			AAAA	MM	DD
NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIEGO EDISSON HERNÁNDEZ BELTRÁN	**FECHA DE EVALUACIÓN**	29	12	2023
NIT O C.C. No.	80015460-1	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			2023-08-15		**2023-12-29**
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	988-2023, 2023/08/15				
FECHA ACTA DE INICIO	2023-08-15				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	dehernandezb@gmail.com				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Cra 68d 64f 96				
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				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
	NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**
	0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**
	1	**Cumple mínimamente**	**4**	**Supera las expectativas**

		CALIF 0-4
CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}}$ (24) / (24) X 100 = **100**

EXCELENTE	**91 - 100**
BUENO	**71 - 90**
REGULAR	**50 - 70**
MALO	**0 - 49**

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	**EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato: NINGUNA

Observaciones: NINGUNA



FIRMA

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR **Andrey Forero**

CARGO **Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos**

Nota N° 1: Sí el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía sí el supervisor lo estima conveniente.

Nota N° 2: Sí son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.

Nota N° 3: Sí son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al 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.

	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	**DIEGO EDISSON HERNÁNDEZ BELTRÁN**	**NIT/ CC No.**	80015460-1
CORREO ELECTRÓNICO	dehernandezb@gmail.com	**TELÉFONO**	3124331124
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	**988-2023**	**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	**2023-08-15**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-15**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 24.847.038**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 2.760.782**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.760.782**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**24.847.038**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 05)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**14 diciembre al 29 diciembre del 2023**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**570450270107326**

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

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**73360548**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**dic-23**	**27/12/2023**	**276100**	**Sanitas EPS**
PENSIÓN	**dic-23**	**27/12/2023**	**353400**	**Colpensiones**
ARL	**dic-23**	**27/12/2023**	**11600**	**Positiva 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	29



Andrey Forero Espinosa
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80015460	DIEGO EDISSON HERNANDEZ BELTRAN	CRA 96 C # 22 H 30 t 1 apto 301	3124331124	dehernandezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2023-12	2023-12	I	27/12/2023	73360548	$664.300	

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	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	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	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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
CCF21	Cafam	860013570-3	23.200	0	0	23.200	1

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	276.100
Pensión	1	353.400	353.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	664.300	664.300

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	80015460	DIEGO EDISSON HERNANDEZ BELTRAN	CRA 96 C # 22 H 30 t 1 apto 301	3124331124	dehernandezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-12	2023-12	I	27/12/2023	73360548	$664.300	

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	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	80015460	HERNANDEZ BELTRAN DIEGO EDISSON	59	0			N																	25-14	2.208.625	353.400	0	0	0	0	EPS005	2.208.625	276.100	14-23	2.208.625	1	11.600	CCF21	1.160.000	23.200	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	*(No. de contrato y año)* N° 988 de 2023			
CONTRATISTA:	Diego Edisson Hernández Beltrán		**NIT / C.C No. :**	*80´015.460*
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	$ 24.847.038,00 COP			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**Quince (15) de agosto de 2023**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**Veintinueve** (29) de diciembre de 2023
FECHA DE INICIO:	2023-08-15		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023-11-15	**HASTA:**	2023-12-29
PAGO NÚMERO:	**Quinto (05)**		**DEPENDENCIA:**	**DMPB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Andrey Forero Espinosa**			

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 asignados por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta normatividad sanitaria legal vigente.	1. 20221285294 NOVOSEVEN® RT 1MG RENOVACION-MODIFICACION-TRANSCRIBIR CONCEPTO ESTUDIO INICIAL 2. 20221284438 GLUCAGEN INYECTABLE RENOVACION-MODIFICACION-TRANSCRIBIR CONCEPTO	1. Estudio ejecutado totalmente en 480/480 min (1 día), venía de 9 días de cta de cobro anterior. FIE enviado 29-12-23 2. Estudio ejecutado parcialmente en 677/677 min (1.41 días), venía de 8.59 días de cta de cobro anterior. FIE enviado 22-12-23 Tiempo parcial de las actividades: **2,41 <u>días</u>**
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos, oficios producto de la evaluación de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	1. 20191211368 RENOVACION-MODIFICACION-TRANSCRIBIR CONCEPTO FLEBOGAMMA 10% DIF solución para perfusión 5 g / 50 ml 2. 20191136712 RENOVACION-MODIFICACION 3. 20231279538 CORRECCION 4. 20191224733 RENOVACION D-677 -MODIFICACION 5. 20201258330 REGISTRO D-677 - RTA A AUTO	1. Estudio ejecutado totalmente en 240/240 min (0,5 días) Se dio paso 11-12-23 2. Estudio ejecutado totalmente en 317/317 min (0,66 días) Se envió FIE 26-12-23 3. Estudio ejecutado totalmente en 144/144 min (0,3 días). Se dio paso 18-12-23 4. Estudio ejecutado totalmente en 1200/1200 min (2,5 días). Se envió FIE 14-12-23

			5. Estudio ejecutado totalmente en 1680/1680 min (3,5 días). Se envió FIE 29-12-23 Tiempo parcial de las actividades: 7,46 **días**
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto de acuerdo con la normatividad vigente	N.A.	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	N.A.	N.A.
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 de registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual	1. ATENCIÓN USUARIO Y ACTA	1. 60 min (0,13 días) Tiempo parcial de las actividades: **0,13 días**
Tiempo TOTAL de las actividades: (**2,41+7,46+0,13 días)= 10 días=100%**			

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 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)
5	5.521.564	2.208.625	30	641.100	73360548	Compensar-Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 24.847.038,00 COP
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 24.847.038,00 COP
Saldo del contrato	$ 0,00 COP

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

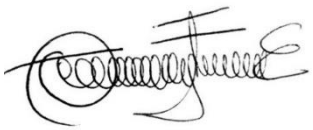
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
Cto 988-23 Diego Hernández - Pago 05	X	

Atentamente,



Firma
Diego Edisson Hernández Beltrán
Contratista
C.C. No. 80´015.460

Recibí a satisfacción:



Andrey Forero Espinosa
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor del Contrato 988 de 2023