| | 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** | 1086 de 2023 | | | |
| **CONTRATISTA:** | MARISOL GARCIA HERNANDEZ | | **NIT / C.C No. :** | 51.838.556 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PROYECTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS EN EL MODULO DE CALIDAD. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 21.350.047,5 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 2023-09-04 | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 116 |
| **FECHA DE INICIO:** | 2023-09-04 | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 2023-12-29 |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | 04-09-2023 | **HASTA:** | 3-10-2023 |
| **PAGO NÚMERO:** | 01 | | **DEPENDENCIA:** | DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO | | | |

| **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 de registro sanitario 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 vigente | Suplementos Dietarios:<br>Registro sanitario nuevo<br>Renovación de Registro Sanitario<br>Recursos de Reposición<br>Impresión de Auto | Radicados Registro Sanitario Nuevo:<br>20211163482<br>20211215104<br>20221058531<br><br>Radicado Renovación Registro Sanitario:<br>20211185040<br><br>Radicado Recurso de Reposición:<br>20201156844<br>20201134794<br>20201186491<br>20201185157<br>Impresión de auto<br>20211205346 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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, de acuerdo con la normatividad vigente. | Emisión de tres (3) autos de registro sanitario nuevo. Un (1) auto de Renovación de Registro Sanitario. Una (1) Impresión de auto<br><br>Emisión de cuatro (4) resoluciones de negación de recursos de reposición | Radicados Registro Sanitario Nuevo:<br>20211163482<br>20211215104<br>20221058531<br><br>Recurso de reposición:<br>20201156844<br>20201134794<br>20201186491<br>20201185157 |
| **3** | 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 del objeto contractual respecto del desarrollo de las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y trámites asociados. | Completar datos de tres (3) registros sanitarios a través del aplicativo de registros sanitarios. | Radicados Registro Sanitario Nuevo:<br>20211163482<br>20211215104<br>20221058531 |
| **4** | 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. | Reunión coordinación plan de contingencia 13 y 25 septiembre | 2 reuniones programadas en Teams |
| **5** | Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones y consultas o conceptos | Comité Publicidad 5, 12 y 19 septiembre. | 20221231570<br>20221231571<br>20221231574 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | respecto de registros sanitarios y demás trámites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual | Evaluación de cincuenta y cinco (56) radicados | 20221231575<br>20221236506<br>20221249098<br>20221254661<br>20221254653<br>20221255005<br>20221254372<br>20221271792<br>20221272528<br>20221281368<br>20221280770<br>20221279693<br>20221263018<br>20221230435<br>20221255186<br>20221265398<br>20231030885<br>20231031811<br>20231050929<br>20231015615<br>20231015591<br>20221254621<br>20221254634<br>20221230013<br>20221230083<br>20221273020<br>20221281394<br>20231077208<br>20231077418<br>20231077422<br>20231077441<br>20221093904<br>20211025573<br>20221096719<br>20221097772<br>20221097790<br>20221097797<br>20231019576<br>20231025773<br>20231025783<br>20231025765<br>20221254621<br>20221254634<br>20221230013<br>20221230083<br>20221273020<br>20221034183<br>20221128660 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | 20221128672<br>20221128883<br>20221222728<br>20221230104<br>20221231578 |

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

## 2. 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 |
| | | | | |
| | | | | |

## 3. 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 septiembre 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 | $2.208.625 | 30 | $1.681.300 | 9457357860 | Aportes en Línea |

## 4. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 21.350.047.5 |

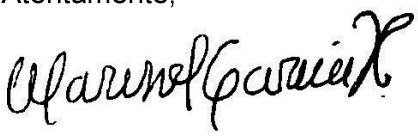
| | |
|---|---|
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 5.521.564 |
| Saldo del contrato | $ 15.828.483.5 |

## 5. 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 |
| 1 | X | |

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO No. 01.

Atentamente,



**Firma**
**Marisol Garcia Hernández**
**C.C. No. 51.838.556**

Recibí a satisfacción:

**Firma**



**DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO**
**Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios**
**De Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos**
**y Suplementos Dietarios**
**Dirección de Medicamentos Y Productos Biológicos**
**Supervisor(a) Contrato 425 de 21 febrero 2023**

| | 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 | MARISOL GARCIA HERNANDEZ | NIT/ CC No. | 51838556 |
| CORREO ELECTRÓNICO | mgarciah@invima.gov.co | TELÉFONO | 3112310465 |
| TIPO DE CONTRATO | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión | | |
| No. CONTRATO | 1086-2023 | TERMINO DE EJECUCIÓN | 29 de Diciembre de 2023 |
| 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 | 2023-09-04 | FECHA DE INCIO | 2023-09-04 | FECHA DE TERMINACIÓN | 2023-12-29 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 21.350.047,5 | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO | $ 21.350.047,5 | VALOR A PAGAR | $ 5.521.564,0 |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO | $ 15.828.483,5 | VALOR PAGADO | 5.521.564 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA | 1 |
| TIPO DE PAGO | PARCIAL | FACTURA / CUENTA N°. | NA | PERIODO OBJETO DE PAGO | ( 4 de septiembre al 3 de octubre del 2023) |
| BANCO | Scotiabank Colpatria S.A. | TIPO DE CUENTA | AHORROS | No DE CUENTA | 1005751612 |

**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 | 9457357860 | | | |
|---|---|---|---|---|
| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD |
| SALUD | 1/09/2023 | 2023-10-04 | $700.000 | ALIANSALUD |
| PENSIÓN | 1/09/2023 | 2023-10-04 | $952.000 | COLPENSIONES |
| ARL | 1/09/2023 | 2023-10-04 | $29.300 | 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 | 10 | 25 |

| | | |
|---|---|---|
| | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal | |
| | Nombre | |
| | Fecha de revisado: | AAAA-MM-DD |
| DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO<br>COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS | 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.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51838556 | | GARCIA HERNANDEZ MARISOL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 154 No 20 A 31 INT 2 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2743242 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 200488558 | 9457357860 | I | 2023/10/12 | 2023/10/04 | SCOTIABANK COLPATRIA | 0 | $1,681,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $5,600,000 | $952,000 | | | $5,600,000 | $700,000 | | | $0 | $0 | | | $5,600,000 | $29,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $5,600,000 | $952,000 | | | $5,600,000 | $700,000 | | | $0 | $0 | | | $5,600,000 | $29,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $5,600,000 | $952,000 | | | $5,600,000 | $700,000 | | | $0 | $0 | | | $5,600,000 | $29,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 51838556 | GARCIA MARISOL | 25-14 | 30 | $5,600,000 | $952,000 | EPS001 | 30 | $5,600,000 | $700,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $5,600,000 | $29,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $5,600,000 | $952,000 | | | $5,600,000 | $700,000 | | | $0 | $0 | | | $5,600,000 | $29,300 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51838556 | | GARCIA HERNANDEZ MARISOL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 154 No 20 A 31 INT 2 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2743242 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 20048858 | 9457357860 | I | 2023/10/12 | 2023/10/04 | SCOTIABANK COLPATRIA | 0 | $1,681,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $952,000 | $0 | $0 | $952,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $952,000 | $0 | $0 | $952,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $29,300 | $0 | $0 | $29,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $29,300 | $0 | $0 | $29,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $700,000 | $0 | $0 | $700,000 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $700,000 | $0 | $0 | $700,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$1,681,300** | **$0** | **$0** | **$1,681,300** |