	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:**	04-11-2023	**HASTA:**	3-12-2023
PAGO NÚMERO:	03		**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: Registro sanitario nuevo Renovación de Registro Sanitario Recursos de Reposición Impresión de Auto	Radicados Registro Sanitario Nuevo: 20211237075- AUTO 20211204299-RESOLUC AP 20211040249-RESOLUC AP 20211232260- AUTO 20211232245- AUTO 20211229015- AUTO 20211229770- AUTO 20211126590- AUTO 20211227409- AUTO 20211226091- AUTO 20211226052-AUTO 20211192977- RESOLUC NEG 20211192887- RESOLUC AP 20211192573- RESOLUC NEG 20211230821- AUTO 20211188509- RESOLUC NEG Radicado Renovación Registro Sanitario: 20211233836- AUTO 20211164235 – RESOLUCION AP

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 siete (7) resoluciones de registro sanitario nuevo. Emisión de: diez (10) autos de registro sanitario nuevo y un (1) auto de renovación de registro.	Radicado Registro Sanitario Nuevo – Auto y Resolución: 20211237075- AUTO Y CD 20211204299-RESOLUC AP Y CD 20211040249-RESOLUC AP Y CD 20211232260- AUTO Y CD 20211232245- AUTO Y CD 20211229015- AUTO Y CD 20211229770- AUTO Y CD 20211126590- AUTO Y CD 20211227409- AUTO Y CD 20211226091- AUTO Y CD 20211226052-AUTO Y CD 20211192977- RESOLUC NEG 20211192887- RESOLUC AP Y CD 20211192573- RESOLUC NEG 20211230821- AUTO Y CD 20211188509- RESOLUC NEG 20211164235 – RESOLUCION AP Radicado Renovación Registro Sanitario: 20211233836- AUTO
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 trece (13) registros sanitarios nuevos a través del aplicativo de registros sanitarios.	Radicados Registro Sanitario Nuevo: 20211237075 20211204299 20211040249 20211232260 20211232245 20211229015 20211229770 20211126590 20211227409 20211226091 20211226052 20211192887 20211230821

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: Charlas jurídicas: Decreto 1474 de 2023 Entrenamiento QF GTT. Resolver inquietudes QF GTT	Agendada en Calendario Outlook Teams: 27, 28 noviembre. Teams: 29, 30 nov

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** 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	$2.208.625	30	$1.681.300	9459676327	Aportes en Línea

5. BALANCE FINANCIERO

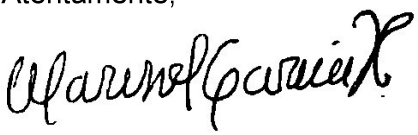
Valor total del contrato	$ 21.350.047,5
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.564.692
Saldo del contrato	$ 4.785.355,5

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
1	X	
2	X	
3	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 03.

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.
Dirección de Medicamentos Y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 1086 de 4 septiembre 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**	**$ 10.306.919,5**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564,0**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 4.785.355,5**	**VALOR PAGADO**	**16.564.692,0**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(4 de noviembre al 3 de diciembre 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		**9459676327**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**1/11/2023**	**29/11/2023**	**$700.000**	**ALIANSALUD**
PENSIÓN	**1/11/2023**	**29/11/2023**	**$952.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**1/11/2023**	**29/11/2023**	**$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	12	21	



DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO

COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS

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.

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
2023-11	2023-11	304696171	9459676327	I	2023/12/14	2023/11/29	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
2023-11	2023-11	304696171	9459676327	I	2023/12/14	2023/11/29	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**