	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	**LADY MILENA PERDOMO ORTIZ**	**NIT/ CC No.**	1022356369
CORREO ELECTRÓNICO	LAYPERDOMO@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO**	3002645091
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**419 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**28 DE JULIO DE 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-29**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-29**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-28**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.610.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 22.088.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 11.044.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**29 de febrero al 27 de marzo del 2024**
BANCO	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**132148784**

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

N/A

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

NÚMERO DE PLANILLA		**75580692**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**feb-24**	**2024-03-14**	**$ 276.100,00**	**SANITAS**
PENSIÓN	**feb-24**	**2024-03-14**	**$ 353.500,00**	**PORVENIR**
ARL	**feb-24**	**2024-03-14**	**$ 11.600,00**	**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**
	2024	4	10

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS

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	1022356369	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ	KR 36A 53 85 APT 308	3002645091	LAYPERDOMO@HOTMAIL.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	
2024-02	2024-02	I	14/03/2024	75580692	$641.200	

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
230301	Porvenir	800224808-8	353.500	0	0	0	0	0	0		353.500	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	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

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	353.500	353.500
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	641.200	641.200

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
CC	1022356369	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ		KR 36A 53 85 APT 308	3002645091	LAYPERDOMO@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-02	2024-02	I	14/03/2024	75580692	$641.200	

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	Exonerado	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	1022356369	PERDOMO ORTIZ LADY MILENA	59	0			N																	230301	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS005	2.208.800	276.100	14-23	2.208.800	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	419 de 2024			
CONTRATISTA:	LADY MILENA PERDOMO ORTIZ		**NIT / C.C No. :**	1.022.356.369
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	29 DE ENERO DE 2024		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	28 DE JULIO DE 2024
FECHA DE INICIO:	2024-01-29		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-28
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-02-29	**HASTA:**	2024-03-27
PAGO NÚMERO:	SEGUNDO		**DEPENDENCIA:**	GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Apoyar profesionalmente la evaluación especializada de los documentos aportados por el interesado para la modificación de las indicaciones y posologías en relación con el manejo de los riesgos asociados para la comercialización de los productos sujetos a registros sanitarios y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia	1. FIE RAD. 20231256457-CLOBAZAM 20 mg. Espera de respuesta a correo. 2. FIE RAD. 20221079805-Tofacitinib 10mg. Se aprueba resolución. 3. FIE RAD. 20221085801-Glucantime. Se aprueba resolución. 4. FIE RAD. 20221089067-Imatinib 100mg. Tiene pendientes trámites previos que están en ejecución. 5. FIE RAD. 20221093742-Glaucotensil T. Se aprueba resolución. 6. FIE RAD. 20221103751-Levofloxacino tab 500mg. Se aprueba resolución. 7. FIE RAD. 20221111285-Levofloxacino tab 750mg. Se aprueba resolución.	FIE archivados en SharePoint. Resoluciones en bases de datos, actualización de datos en aplicativo INVIMA. Registro de desarrollo de actividad en plan de trabajo SharePoint. Pestaña de plan de trabajo de SharePoint y carpeta de FIE 2024: LADY PERDOMO

		8. FIE RAD. 20221145003- Coaprovel 150/12,5mg. Se aprueba resolución. 9. FIE RAD. 20221145008- Coaprovel 300/12,5mg. Se aprueba resolución. 10. FIE RAD. 20221145009- Coaprovel 300/25mg. Se aprueba resolución. 11. FIE RAD. 20221146025- Ziac 5mg. Se aprueba resolución. 12. FIE RAD. 20221160733- Valsartan 160mg/Hidroclorotiazida 12,5MG. Espera de respuesta a correo. 13. FIE RAD. 20221140348- Xadago 50 mg. Se aprueba resolución. 14. FIE RAD. 20221141557- Xadago 100 mg. Se aprueba resolución. 15. FIE RAD. 20221113118- Dabitrom 150mg. Se aprueba resolución.	
2	Apoyar en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	No se requirió	NA
3	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir y estudios de bioequivalencia.	No se requirió	NA
4	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación de farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes.	PQRS: – RESPUESTA_PQRS_Radicado No. 20241044323 de 28 de febrero de 2024. Traslado de Minsalud – RESPUESTA_PQRS_Radicado No. 20241049823 de 1 de marzo de 2024	Soporte de radicados salientes en SESUIT
5	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia	Diligenciamiento de Base de datos del plan de trabajo realizado Completar Datos: 20221064525, 20221071070, 20221081404.	Base de datos de registros de aplicativo web INVIMA.

	cuenta para registrar la información relacionada con los trámites, como es el caso de la base de datos de Registros Sanitarios.		
6	Apoyar en las actividades de implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en implementación de proyectos, de conformidad con las normas relacionadas con el objeto del contrato	No se requirió	**NA**
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por los usuarios, respecto a las Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos y productos biológicos.	No se requirió	**NA**
8	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	1. seguimiento plan de trabajo 08/03/2024 2. Reunión con directora encargada 12/03/2024 3. Datos abiertos 06/03/2024 4. Aclaración PQRS 14/03/2024 5. Citas atención usuario: -01/03/2024 (42266) -08/03/2024 (42437,42562) -15/03/2024 (42722) -22/03/2024 (42957)	Listado de asistencia y registros en Teams.

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 **FEBRERO** del año **2024**.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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)
2	5.522.000	2.208.800	30	641.200	75580692	MI PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11.044.000
Saldo del contrato	$ 22.088.000

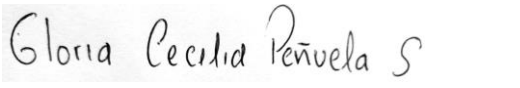
6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
2	X	

Atentamente,

LADY MILENA PERDOMO ORTIZ
Contratista
C.C. No. 1022356369

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
Supervisora Contrato 419 de 2024