	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	**DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA**	**NIT/ CC No.**	1023927872-7
CORREO ELECTRÓNICO	dporrasg@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3015793277
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**963 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**136 días**
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	**14/08/2023**	**FECHA DE INCIO**	**14/08/2023**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**29/12/2023**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 25.031.090**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 8.466.398**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 2.944.834**	**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**	**(14 de Noviembre al 13 de Diciembre del 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**66799904439**

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**	N/A	
Pago Parafiscales	N/A	**Ingreso a Almacén**	N/A	
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		**9459730924**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**nov-23**	**2023 - 12 -13**	**$276.100**	**SALUD TOTAL**
PENSIÓN	**nov-23**	**2023 - 12 -13**	**$353.400**	**PORVENIR**
ARL	**nov-23**	**2023 - 12 -13**	**$11.600**	**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	15	

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

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.

Certificado de Aportes

Se certifica que DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA identificado(a) con CC 1023927872 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

PORRAS GAVIRIA DAVID ORLANDO CC 1023927872

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-11	334279097	9459730924	I	2023-12-13																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,208,625	$353,400
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	0.522%	$2,208,625	$11,600
CCF	COLSUBSIDIO	30	2%	$2,208,625	$44,200
EPS	SALUD TOTAL	30	12.5%	$2,208,625	$276,100

Este certificado se expide el día 2023-12-13 a las 08:11.

	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	963 de 2023			
CONTRATISTA:	DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA		**NIT / C.C No. :**	*1023927872-7*
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	$ 25.031.090			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-14**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**136**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-14**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-11-14**	**HASTA:**	**2023-12-13**
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
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 asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	1. Estudios de Tramites asociados a Modificación de Registro Sanitario de Productos Biológicos. 2. Capacitación en Terapias Avanzadas	1.1 Radicado 20201236217- Modificación alta complejidad- Estudio Inicial- Evaluado los días del 2 al 9 noviembre. **Tiempo de estudio 1 día (4 días parciales cuenta anterior).** **1.2** Radicado 20211025288- Modificación alta complejidad- Estudio Inicial- Evaluado los días del 28 de Noviembre al 4 de diciembre. **Tiempo de estudio 5 días** 1.3 Radicado 20221285296 Radicado renovación – Modificación del 4 al 13 de diciembre. **Tiempo de estudio parcial 8.5 días.**

			2.1 Capacitación en Terapias Avanzadas – Curso Javeriana, REUNION DE GRUPO-1 DICIEMBRE-TALLER GUIA MODIFICACIONE, CAPACITACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD (**3.0 días)** **Tiempo parcial de las actividades: 17.5 días**
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	**….**	**….**
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.	**….**	**….**
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 tramites asociados.	**….**	**….**
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	1. Realización Guía De la revisión periódica de producto	1.1 Realización de la guía para la guía de revisión periódica de producto. Reuniones, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22 y 23 de noviembre Realización

	asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.		de guía de RPP, instructivo y proyecto de resolución **(3 días)** **Tiempo de las actividades: días 3.0**
6	Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos respecto de registros sanitarios y demás tramites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual.	1. Citas de atención a Usuario	1. Se realizan atención de usuarios en la cita: Ultragenix cita 40594 del 23 de noviembre, Ultragenix cita 40820 del 29 de noviembre, Aristizabal y Jimenez Abogados Cita 41287 del 7 de diciembre y Novo Nordisk Cita 41343 del 7 de diciembre. **(0.5 días)**

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 Noviembredel año 2023.

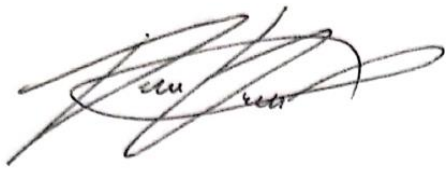
Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por(operador)
4	$ 5.521.564	$2.208.625	30	$641.100	9459730924	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 25.031.090
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 22.086.256
Saldo del contrato	$ 2.944.834

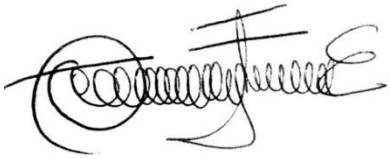
6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

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



Firma
DAVID PORRAS GAVIRIA
Contratista
C.C. No. 1023927872

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 963 de 2023