	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	411 de 2024			
CONTRATISTA:	LAURA INÉS MEJÍA CAMPILLO		**NIT / C.C No. :**	1152456575
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales para la evaluación farmacológica y farmacéutica de la información con respecto a la seguridad y eficacia de los trámites de registros sanitarios, modificaciones, y preconceptos técnico de las salas especializadas de la comisión revisora de la dirección de medicamentos y productos biológicos del INVIMA			
VALOR DEL CONTRATO	33.132.000,00 COP			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-26**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**181**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-09**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-28**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-02-29**	**HASTA:**	**2024-03-28**
PAGO NÚMERO:	**2**		**DEPENDENCIA:**	**GRUPO APOYO A SALAS ESPECIALIZADAS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Evaluación y respuesta a correspondencia	Respuesta a las correspondencias asignadas	Radicados 20241023868 y 20242006636 completos en Sesuite. Respuesta a 20241064166 en proceso de revisión.
2	Atenciones a usuario	Preparación y ejecución de las atenciones	Actas de las citas 42309, 42357, 42548 y 42874, enviadas el día de la atención.
3	Evaluación de estudios de bioequivalencia	Evaluación de los estudios asignados	Fies de los estudios con radicados 20231266320, 20211236321, 20221171465, 20211290961 y 20231321159; subidos a la carpeta correspondiente. Y generación en Sesuite de las comunicaciones internas.

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.

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	0	1.300.000	29	641.200	69576883	Enlace operativo

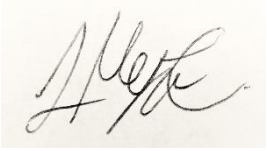
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 11.002.029
Saldo del contrato	$ 22.129.971

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,



Firma
Laura Inés Mejía Campillo
Contratista
C.C. No. 1152456575

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela S
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Supervisor(a) Contrato 411 de 2024

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-03-18, 01:55:55 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2024
Empresa	LAURA INES MEJIA CAMPILLO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1152456575
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	69576883
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	521327856
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 641.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 353.500	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 276.100	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 11.600	$ 0
		SubTotales:		$ 641.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 641.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

	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	**LAURA INÉS MEJÍA CAMPILLO**	**NIT/ CC No.**	1.152.456.575
CORREO ELECTRÓNICO	lmejiac@invima.com	**TELÉFONO**	3146796893
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	**411 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**28 de Julio del 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**Evaluar, conceptar y emitir los correspondientes actos administrativos desde el aspecto técnico de las solicitudes allegadas en relación a los registros sanitarios de los productos de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-26**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-29**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-28**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.651.971**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 22.129.971**	**VALOR PAGADO**	**11.002.029**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**29 de febrero de 2024 al 28 de marzo de 2024**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**10042532996**

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	**69576883**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**feb-24**	**2024-03-18**	**276.100**	**SURA**
PENSIÓN	**feb-24**	**2024-03-18**	**353.500**	**COLPENSIONES**
ARL	**feb-24**	**2024-03-18**	**11.600**	**SURA**

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	1	

Gloria Cecilia Peñuela S

Gloria Cecilia Peñuela S
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora

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.