	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	**355 de 2024**			
CONTRATISTA:	Viviana Marcela Castro Calderón		**NIT / C.C No. :**	1070919405-0
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	TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL PESOS M/CTE $ 33.132.000,00			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-25**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**6 meses**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-25**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-24**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-03-25**	**HASTA:**	**2024-04-24**
PAGO NÚMERO:	**3**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas 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.	*Evaluación de tramites de bioequivalencia*: **Fie 1077:** TOPIRAMATO 25 MG TABLETAS Radicado: 20211090572 Expediente: 20202318 **Fie 1092:** LAMIVUDINA 300 MG ABACAVIR (SULFATO) 600 MG Radicado: 20211103038 Expediente: 20203375 **Fie 1132:** LAMOTRIGINA 100 MG TABLETAS DISPERSABLEMASTICABLE Radicado: 20211131738 Expediente: 20205887	-Asignación de los trámites a través *de plan de trabajo-Cumplimiento de del objeto contractual.* Los trámites de bioequivalencia fueron cargados en el Share Point en su carpeta correspondiente FIES 2024 -Notificación de cargue del trámite para agendamiento por correo electrónico y comunicaciones internas emitidas a los grupos de registros sanitarios correspondientes, según corresponda-importar y vender, fabricar y vender.

		Fie 1183: TENORMIN® 100 mg TABLETAS (ATENOLOL) Radicado: 20211199468 Expediente: 38502 **Fie 1215:** TAMOXIFENO TABLETA RECUBIERTA 10 MG Radicado: 20221210349 Expediente: 20237748 **Fie 1242:** PROLEVO (LEVOTIROXINA 25 MCG) CAPSULA BLANDA Radicado: 20221128098 Expediente: 20231220 **Fie 1243:** PROLEVO (LEVOTIROXINA 50 MCG) CAPSULA BLANDA Radicado: 20221148771 Expediente: 20233291 **Fie:** SUMIXIFENO 20 MG (Tamoxifeno 20 mg Tabletas recubiertas) Radicado: 20221210384 Expediente: 20237754 **Fie 22:** FORDIA® XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Radicado: 20201237248 Expediente: 20194093	
2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados	Acciones realizadas en obligación específica No. 1, relacionado a los requerimientos de los estudios evaluados fíes de bioequivalencia	-Los preconceptos de los trámites de bioequivalencia fueron cargados en el Share Point en su carpeta correspondiente FIES 2024 -Notificación de cargue de los trámite para agendamiento por correos electrónico.
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	Dentro de la evaluación de los estudios (Fíes) realizados, se emiten los preconceptos que requieren el concepto final por parte de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora-SEM y se informa en la agenda en la cual van a ser incluidos los trámites correspondientes	-Notificación de cargue del trámite para agendamiento por correo electrónico.
4	Proyectar los actos administrativos de las	Acciones realizadas en las comunicaciones internas emitidas a	-Asignación del trámite por correo electrónico.

	solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados	los grupos de registros sanitarios correspondientes, según corresponda-importar y vender, fabricar y vender: Correspondencias: • Derecho de petición radicado 20241081292 • Derecho de petición radicado 20241090998 • Comunicación interna para el producto: SUMIXIFENO® 20 mg tableta recubierta (Citrato de Tamoxifeno) expediente: 20237754, radicado: 20221210384	-Trámites de bioequivalencia fueron cargados en el Share Point en su carpeta correspondiente FIES 2024 -Notificación de cargue del trámite para agendamiento por correo electrónico. Respuesta de correspondencias aplicativos Se suite para las fechas: • 17/04/2024 • 26/04/2024 • 30/04/2024
5	Participar activamente en la implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en la implementación de proyectos, de conformidad con las normas vigentes relacionadas con el objeto contractual	implementación de los formatos y documentos actualizados conforme el sistema documental Se suite y Kawak • *formato para informe de evaluación técnica respuesta a requerimiento o evaluación de recurso" código ASS-RSA-FM165* • *Formato para informe de evaluación técnica de estudios de biodisponibilidad (bd) y bioequivalencia (be)" código ASS-RSA-FM162.* Diligenciamiento e implementación base de datos creada para trazabilidad de correspondencias presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad	-Aplicativo de Registros Sanitarios -Aplicativo Se suite -Aplicativo SharePoint
6	Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicados por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad	Reuniones de grupo biodisponibilidad y bioequivalencia Reuniones del grupo de apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora: * Asistencia a aplicación de Batería riesgo Psicosocial DMPB. * Asistencia Integración GASECR. * Reunión tema: reestructuración (22/04/2024)	-Diligenciamiento de listas de asistencia para cada una de las reuniones convocadas. Fechas: • 10/04/2024 • 12/04/2024
7	Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la	-Reuniones de unificación de criterios de tramites en común con los compañeros del grupo de bioequivalencia	-Diligenciamiento de listas de asistencia para cada una de las reuniones convocadas

	Comisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección.	• Revisión Prolevo en trámites paralelos • Apoyo en consulta realizada por la compañera Laura Jinete del grupo de registros modalidad importados (tema: Indacaterol y Glicopirronio) • Revisión tramites evaluados (año 2022-2024) para centro cuestionado Synapse Labs Pvt. Ltd EMA • Reunión unificación Tramite en paralelo con Carolina, ya que son los mismos estudios y requerimientos, pero con diferente titular.	Fechas: • 17/04/2024 • 19/04/2024 • 26/04/2024 • 30/04/2024
8	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.	Revisión de aplicativo de registros para evaluación de los tramites asignados de bioequivalencia -Revisión de aplicativo SESUITE para evaluación de los tramites asignados de bioequivalencia	Aplicativo de Registros Sanitarios -Aplicativo Se suite.
9	Asistir al Grupo de Apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor	Acciones realizadas en obligación específica No. 6, relacionado a las reuniones internas o externas que han sido indicadas por el supervisor del contrato **<u>Citas atención al usuario</u>** 1. Atención al usuario acta Cita No.43768 Fecha 12 -04-2024 2. Atención al usuario acta Cita No. 44019 / 44035 Fecha 23 -04-2024 3. Atención al usuario acta Cita No. Cita requerimiento sala-Procaps Fecha 25-04-2024 4. Atención al usuario acta Cita No. 43768 Fecha 26 -03-2024	-Diligenciamiento de listas de asistencia para cada una de las reuniones convocadas Fechas de atenciones: • 12 -04-2024 • 23 -04-2024 • 25-04-2024 • 26 -03-2024

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

1. 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
2.	N/A	N/A	N/A	N/A
……	N/A	N/A	N/A	N/A

2. 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)
3	($ 5.522.000)	$2,208,626	30	$641,100	9463053194 y 9464445432	Aportes en línea

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.522.000
Saldo del contrato	$ 16,566.000

4. 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
3	x	

Atentamente,



Viviana Marcela Castro Calderón
Contratista
C.C. No.:1´070.919.405 de Cota

Recibí a satisfacción:
Firma:



Gloria Cecilia Peñuela
Coordinadora del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 355 de 2024

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION 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	Viviana Marcela Castro Calderón	**NIT/ CC No.**	1070919405-0
CORREO ELECTRÓNICO	vcastroc@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3114877350
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**N.A.**	
No. CONTRATO	**355 del 25 de enero de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**24/07/2024**
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	**2024-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 22.088.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 16.566.000**	**VALOR PAGADO**	**16.566.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(25 de marzo al 24 de abril del 2024)**
BANCO	**caja social**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**24108316908**

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)

Ninguna

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	**9463053194 y 9464445432**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**2024-03 y 2024-04**	**04/03/2024 y 08/04/2024**	**276,100 y 276,100**	**Sanitas**
PENSION	**2024-03 y 2024-04**	**04/03/2024 y 08/04/2024**	**353,400 y 353,400**	**Colfondos**
ARL	**2024-03 y 2024-04**	**04/03/2024 y 08/04/2024**	**11,600 y 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	5	2

Gloria Cecilia Peñuela S	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
Gloria Cecilia Peñuela	**Fecha de revisado:**	AAAA-MM-DD
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos	**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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070919405		CASTRO CALDERON VIVIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda abra Cota	COTA-CUNDINAMARCA	6782841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	561463441	9464445432	I	2024/05/03	2024/04/08	BANCO CAJA SOCIAL	0	$641,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
Ciudad: COTA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
1	CC	1070919405 CASTRO VIVIANA																		23100 1	30	$2,208,626	$353,400	EPS005	30	$2,208,626	$276,100		0	$0	$0	14-11	30	$2,208,626	0.522%	$11,600	0	$0	$0	No	$641,100
Total	**Afiliados(1)**																					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626		$11,600		$0	$0		$641,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070919405		CASTRO CALDERON VIVIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda abra Cota	COTA-CUNDINAMARCA	6782841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	561463441	9464445432	I	2024/05/03	2024/04/08	BANCO CAJA SOCIAL	0	$641,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,600	$0	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				**1**	**$641,100**	**$0**	**$0**	**$641,100**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070919405		CASTRO CALDERON VIVIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda abra Cota	COTA-CUNDINAMARCA	6782841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	491180144	9463053194	I	2024/04/02	2024/03/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$641,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
Ciudad: COTA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						**$2,208,626**	**$353,400**			**$2,208,626**	**$276,100**			**$0**	**$0**			**$2,208,626**		**$11,600**		**$0**	**$0**		**$641,100**
1	CC	1070919405 CASTRO VIVIANA																		23100 1	30	$2,208,626	$353,400	EPS005	30	$2,208,626	$276,100		0	$0	$0	14-11	30	$2,208,626	0.522%	$11,600	0	$0	$0	No	$641,100
Total	**Afiliados(1)**																					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626		$11,600		$0	$0		$641,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070919405		CASTRO CALDERON VIVIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda abra Cota	COTA-CUNDINAMARCA	6782841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	491180144	9463053194	I	2024/04/02	2024/03/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$641,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,600	$0	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				1	$641,100	$0	$0	$641,100