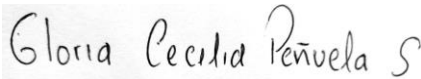


	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL			
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES						
CONTRATISTA	Iván Arturo Guerrero Cruz		NIT/ CC No.	79601077		
CORREO ELECTRÓNICO	iguerroc@invima.gov.co		TELÉFONO	3219731257		
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	404 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	25 de Julio de 2024		
OBJETO DEL CONTRATO	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 técnicos 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	2024-01-26	FECHA DE INCIO	2024-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-07-25	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.132.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 16.566.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000	
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 11.044.000	VALOR PAGADO	\$ 22.088.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	pago 4	
TIPO DE PAGO	parcial	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	26 de abril 2024 a 25 de mayo de 2024	
BANCO	Banco de Bogotá	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	637501701	
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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL						
NÚMERO DE PLANILLA	76656204					
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD		
SALUD	ABRIL 2024	2024-05-14	\$276,100.00	COMPENSAR EPS		
PENSIÓN	ABRIL 2024	2024-05-14	\$353,500.00	PORVENIR		
ARL	ABRIL 2024	2024-05-14	\$11.600.00	ARL POSITIVA		
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 Interventoría 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	05	27		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
		Nombre				
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD		

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN			
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01	
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR CARGO Y DEPENDENCIA Gloria Cecilia Peñuela Sánchez Coordinadora del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos Supervisor(a) Contrato 404 de 2024.		Consecutivo:		
<p>NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.</p> <p>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.</p>				

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO		404 de 2024		
CONTRATISTA:	Iván Arturo Guerrero Cruz	NIT / C.C No. :	79601077	
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:	2024-01-26	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	180	
FECHA DE INICIO:	2024-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-07-25	
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE:	2024-04-26	HASTA:	2024-05-25
PAGO NÚMERO:	4	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y productos Biológicos	
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez			

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.	<p>Revisión de la información en el aplicativo de Registros Sanitarios para la evaluación de trámites de bioequivalencia.</p> <p>Revisión de la información en el aplicativo de Sesuite para la evaluación de trámites de bioequivalencia.</p> <p>Evaluación de trámites de bioequivalencia:</p> <p>20231186954 20221142002 20231150255 20221141980</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diligenciamiento FIE para los radicados asignados. Cargue en la carpeta correspondiente de Share Point los trámites de bioequivalencia asignados.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Elaboración de preconceptos y Proyección acto administrativo estudios de bioequivalencia: 20231186954 20221142002 20231150255 20221141980	Diligenciamiento FIE para los radicados asignados. Cargue en la carpeta correspondiente de Share Point los trámites de bioequivalencia asignados. Envío en el aplicativo SeSuite de la correspondencia interna asignada con la proyección del acto administrativo.
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	No solicitado para el periodo actual.	N.A
4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	No solicitado para el periodo actual	N.A
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.	No solicitado para el periodo actual	N.A
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.	Atención a usuarios: Cita No.44527 (26/04/2024) PQRS derecho de petición 20241103814	Cargue en el aplicativo SeSuite Realización Actas citas de atención al ciudadano.
7	Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la Comisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección.	No solicitado para el periodo actual	N.A
--+8	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la	Cargue en la carpeta correspondiente de Share Point	Trámites de bioequivalencia asignados cargados

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

	Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.	los trámites de bioequivalencia asignados.	en la carpeta correspondiente de Share Point.
		Envío en el aplicativo SeSuite de la correspondencia externa e interna asignada.	Correspondencia externa e interna asignada gestionada.
		correspondencia Interna Radicado saliente 20243005729	
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.	<ul style="list-style-type: none"> Participación taller bioequivalencia Participación reunión consulta comisión revisora caso Norinyect Revisión capítulo BE USP/ICH Revisión documento técnico comparativo de requerimientos resolución 1124/2016 ICH/EMA 	N.A

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

2. 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.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
.....			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

3. 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 enero y 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)
4.	5.522.000	2.208.800	30	\$ 641.200	76656204	Mi planilla

4. BALANCE FINANCIERO

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

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

5. 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
4	X	

Atentamente,

Firma
Iván Arturo Guerrero Cruz
Contratista
C.C. No. 79.601.077

Recibí a satisfacción:

Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinadora del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 404 de 2024.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	14/05/2024	76656204	\$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79601077	IVAN ARTURO GUERRERO CRUZ		KR 53 # 53 - 41	3153116	ivanarturogerrercruz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-04	2024-04	I	14/05/2024	76656204	\$641.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	79601077	GUERRERO CRUZ IVAN ARTURO					59	0		N																			230301	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS008	2.208.800	276.100	14-23	2.208.800	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA