

	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
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO			
<p>1. El formato debe ser diligenciado por el supervisor y entregado al contratista con el fin de cargarlo en la Plataforma SECOP II con los siguientes documentos:</p> <p>INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA FACTURA (CUANDO APLIQUE) FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN SOPORTES SGSSI Y/O PARAFISCALES</p> <p>Nota. El REGISTRO DE INGRESO A ALMACÉN será cargado al sistema por el Almacén General de la Entidad</p> <p>Para cargar los documentos, el contratista debe ingresar con su usuario y contraseña a la plataforma del SECOP II, dando clic en el contrato suscrito con el Invima. Ingresar al numeral 7 "Ejecución del Contrato" y en la sección "Plan de Pagos" dar clic en "Registro"; seguidamente diligenciar la información solicitada y anexar los documentos mencionados en formato PDF.</p> <p>Para el caso de los proveedores, deberán adjuntar la copia de la Factura para pago, la cual debe contar con el recibido por parte de la entidad, a través del supervisor.</p> <p>Nota: Si en la sección Plan de Pagos no aparece el botón Registro, el contratista debe comunicarse con el Grupo de Gestión Contractual para que éste genere un código de autorización para el cargue de la información.</p> <p>2. Radicar Documentos en físico en el Grupo Financiero y Presupuestal - GFP para el pago respectivo.</p>			

	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	SILVIA JULIANA VERA CALA		NIT/ CC No.	37548153		
CORREO ELECTRÓNICO	sverac@invima.gov.co		TELÉFONO	3183586728		
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión					
No. CONTRATO	379 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	2024-07-25		
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	2024-01-25	FECHA DE INICIO	2024-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-07-25	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33,132,000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 33,132,000	VALOR A PAGAR	\$ 5,522,000	
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 27,610,000	VALOR PAGADO	\$ 5,522,000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PRIMERO	
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	26 de enero a 25 de febrero de 2024	
BANCO	Banco de Bogota	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	380286559	
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	NO		Otros. Cuales?	NO		
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL						
NÚMERO DE PLANILLA	28614419					
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD		
SALUD	Jan-24	2024-02-29	276100	Aliansalud		
PENSIÓN	Jan-24	2024-02-29	353400	Colpensiones		
ARL	Jan-24	2024-02-29	11600	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	3	22		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
		Nombre				
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD		
GLORIA CECILIA PEÑUELA		Consecutivo:				
Coordinador del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos						
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.						

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14989813072			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 37548153				6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 37548153		27. Fecha expedición 19961016	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Santander		30. Ciudad/Municipio 68 Bucaramanga		001	
31. Primer apellido VERA		32. Segundo apellido CALA		33. Primer nombre SILVIA		34. Otros nombres JULIANA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CR 22 127 D 80 TO 2 AP 406							
42. Correo electrónico veraca1213@hotmail.com							
43. Código postal 111121				44. Teléfono 1 3183586728			
45. Teléfono 2							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7490	47. Fecha inicio actividad 20011105	48. Código 8621	49. Fecha inicio actividad 20060301	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 52249							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1234567891011121314151617181920				55. Forma 56. Tipo Servicio 12357. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 03 - 20 / 12 : 45: 24	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre RAMIREZ PARRA DEYANIRA			
				985. Cargo Analista I			

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Silvia Juliana Vera Cala
Identificación: CC 37548153

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

* \$169,648,000 con UVT (\$42,412) año 2023 SI (x) NO ()
* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (x) NO ()

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

2.1. Declaro que: SI () NO (x) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI () NO (x), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI () NO (x): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

5. Aporte cuenta AFC SI () NO (x): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI () NO (x);

Favor indicar la tarifa ()%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicional por salud SI () NO (x) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.
- 8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI () NO (x) anexo certificación.
- 8.2.1.El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI () NO ()
9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de ___Bogotá ___ a los _22_ días del mes de _marzo _ del 2024

Firma: _____
Nombres y Apellidos: Silvia Juliana Vera Cala_
C.C. 37548153|

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SILVIA JULIANA VERA CALA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 37.548.153 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 380286559, abierta/o desde el 27/8/2012.

Se expide en Bogotá el día 6 del mes de Marzo del año 2024 con destino a: INVIMA



Firma Autorizada

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 37548153	0	SILVIA JULIANA VERA CALA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CRA 22 127 D 80		6206071		VERACA1213@HOTMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-01	28614419	I	2024-02-29	TODOS LOS CENTROS	BOGOTA D.C	TODOS	650.400	9.300	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	28614419	2024-02-13	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EP	S	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL						IBC	Cot.	Cot.	Cot.
1	CC 37548153	VERA CALA SILVIA JULIANA	2.208.640																	0			30	30	0	30	COLPENSIONES-25-14	2.208.640	353.400	0	0	ALIANSALUD EPS-EPS001	2.208.640	276.100	SIN CCF-SINCCF	0	0	2.208.640	11.600	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	641.100	N	1841201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 37548153	0	SILVIA JULIANA VERA CALA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CRA 22 127 D 80		6206071		VERACA1213@HOTMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-01	28614419	I	2024-02-29	TODOS LOS CENTROS	BOGOTA D.C	TODOS	650.400	9.300	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	28614419		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.208.640	2.208.640	2.208.640	0	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	353.400	0	0	353.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	353.400	0	0	353.400
EPS(Administradoras: 1)				1	276.100	0	0	276.100
ALIANSALUD EPS	EPS001	830113831	0	1	276.100	0	0	276.100
ARP(Administradoras: 1)				1	11.600	0	0	11.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	11.600	0	0	11.600
Gran Total					641.100	0	0	641.100

	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	379 de 2024		
CONTRATISTA:	Silvia Juliana Vera Cala	NIT / C.C No. :	37548153
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:	2024-01-25	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	6 meses
FECHA DE INICIO:	2024-01-26	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-07-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024-01-26	HASTA:	2024-02-25
PAGO NÚMERO:	PAGO 1	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GLORIA CECILIA PEÑUELA Coordinador del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas y tramites 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.	<u>Trámites Provenientes sala</u> Radicados: 20211300573 20201163321 20201163322 20201163420 20201256396 20221260061 20211196433 20221256770 20221254108 20221262444 20231025428 20231026813 20211127650 Tramites modificaciones GASECR. 20211127650 20211206165	Comunicación interna a Grupo Registros Sanitarios a través del aplicativo Sesuite FIE archivado en Sharepoint
2	Elaborar preconceptos técnicos de	No se requirió esta actividad.	No se requirió esta actividad

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

	estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los tramites de registros sanitarios y tramites asociados.		
3	construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	No se requirió esta actividad	No se requirió esta actividad
4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los tramites de registros sanitarios y tramites asociados.	Se realizan actos administrativos de los radicados reportados en el punto 1. -Resoluciones negación (3) -Resoluciones aprobación (10) -Requerimientos (2)	Se encuentran en el aplicativo Registros sanitarios.
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	No se requirió esta actividad	No se requirió esta actividad

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

	el objeto contractual.		
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.	-Capacitación herramientas tecnológicas (enero 26) 2 h -Inducción base registro sanitarios (enero 29) 1h -inducción modificaciones inf seguridad y eficacia (enero 29) 6 h -Inducción bioequivalencia (enero 30) 6 h -socialización plan de trabajo GASECR (febrero 1) 3 h -Capacitación base de datos RS (febrero 14) 1 h -Revisión proceso evaluación inf farmac (febrero 19) 1 h	Reuniones agendadas y realizadas a través del aplicativo Teams
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 se requirió esta actividad	No se requirió esta actividad
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	Actualización de base de datos aplicativo registro sanitario_ paso completar datos radicados: 20211198054 20211232257 20211242445 20211190188 20211244249 20221145135	Aplicativo registros sanitarios.
9	Asistir al Grupo de Apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora en las demás	Atención a usuarios_citas programadas #: 41687 41811 41980	Reuniones agendadas y realizadas a través del aplicativo Teams Actas de Atención enviadas al correo citasmedicamentos@invima.gov.co

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

actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	41982 42036 42038 41934 42214 42065 Total citas atendidas :9 Respuesta a correspondencia y Derechos de petición radicados: 20241016056 (requirió consolidación de información para dar respuesta a cuestionario) 20241021040 20241015404	Atención de usuarios a través de la plataforma Teams PQRS enviadas al interesado a través del aplicativo sesuite.

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 enero 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)
1	\$ 2.760.782	\$ 1.977.571	30	\$641.100	28614419	ASOPAGOS

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 33.132.000
Valor prorroga contrato	0
Valor del contrato modificado	0
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 5.522.000
Saldo del contrato	\$ 27.610.000

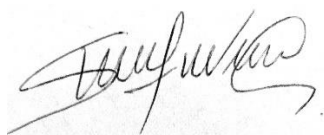
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

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
Acta de Inicio	X	
1	X	

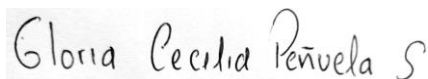
Declaro y certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto al presente informe de actividades como soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud y pensiones corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios No. 379 de 2024.

Atentamente,



SILVIA JULIANA VERA CALA
Contratista
C.C. No. 37.548.153

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA
Coordinador del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos