	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

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

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:

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA
FACTURA (CUANDO APLIQUE)
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN
SOPORTES SGSSI Y/O PARAFISCALES

Nota. El REGISTRO DE INGRESO A ALMACÉN será cargado al sistema por el Almacén General de la Entidad

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.

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.

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.

2. Radicar Documentos en físico en el Grupo Financiero y Presupuestal - GFP para el pago respectivo.

	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	**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 INCIO**	**2024-01-26**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-25**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33,132,000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27,610,000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5,522,000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 22,088,000**	**VALOR PAGADO**	**$ 11,044,000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**SEGUNDO**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**26 de febrero a 25 de marzo 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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**29613040**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Feb-24**	**2024-04-16**	**276100**	**Aliansalud**
PENSIÓN	**Feb-24**	**2024-04-16**	**353400**	**Colpensiones**
ARL	**Feb-24**	**2024-04-16**	**11600**	**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**
	2024	4	18

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA

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

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.

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
2024-02	2024-02	29613040	I	2024-04-16	TODOS LOS CENTROS	BOGOTA D.C	BOGOTA	659.900	18.800	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29613040	2024-04-16	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	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	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
2024-02	2024-02	29613040	I	2024-04-16	TODOS LOS CENTROS	BOGOTA D.C	BOGOTA	659.900	18.800	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29613040	2024-04-16	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	
invima	**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**	2024-07-25
FECHA DE INICIO:	2024-01-26		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-02-26	**HASTA:**	2024-03-25
PAGO NÚMERO:	**PAGO 2**		**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: 20211119643 20211196424 20191171379 20221235948 Tramites modificaciones GASECR.Estudio inicial Radicados: 20211206165 20211031987 20211032118 20211080682 20201174518 20211128096 20211139499 Recurso radicado 20231208312 Tramites GASECR respuesta Auto Radicados 20231145180 20211156565 20211126636	FIE archivados en Sharepoint Actos administrativos generados en aplicativo registros sanitarios.

2	**Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los tramites de registros sanitarios y tramites asociados.**	No se requirió esta actividad.	No se requirió esta actividad
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 (2) -Resoluciones aprobación (9) -Requerimientos (4)	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**	No se requirió esta actividad	No se requirió esta actividad

	relacionadas con 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.**	Asistencia a reuniones y capacitaciones programadas por Coordinación.	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, completar datos modificaciones Radicados: 20201143182 20211117900 20211160702 20211206823 20221252947 20221145228 20221251109 20211117903 20211117905 20211117906 20211117907 20221215453 20221215745 20221220768 20211126315 20221237168 20221237264 20211225150 20221061689	Aplicativo registros sanitarios.

		20211193283 20221220770 20231026813 20231025428 20221254108 20221262444 20201178216 20211175924 20211177654	
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.**	Atención a usuarios_citas programadas #: 42342 42253 42038 42350 42437 42586 42884 Respuesta a correspondencia y Derechos de petición radicados: 20241027045 20243002460 20241063187	Reuniones agendadas y realizadas a través del aplicativo Teams Actas de Atención enviadas al correo citasmedicamentos@invima.gov.co 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 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)
1	$ 2.760.782	$ 1.977.571	30	$641.100	29613040	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).	$ 11.044.000
Saldo del contrato	$ 22.088.000

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	
2	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