	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	**MARIA ANGELICA VACA INFANTE**	**NIT/ CC No.**	52966080-4
CORREO ELECTRÓNICO	mvacai@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3057862837
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		**n.a**
No. CONTRATO	**847 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**29 de diciembre de 2023**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR/ EN LA EVALUACIÓN HASTA LA EMISIÓN DE CONCEPTO DEL MÓDULO DE CALI DAD" LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS DE BIOLÓGICOS Y MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS, ASÍ COMO LAS AUTORIZACIONES DE USO DE EMERGENCIA DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN LA MATERIA Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS**		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**3/08/2023**	**FECHA DE INCIO**	**3/08/2023**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**29/12/2023**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 27.055.664**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 27.055.664**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 21.534.100**	**VALOR PAGADO**	**$ 5.521.564**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(3 DE AGOSTO A 2 DE SEPTIEMBRE)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**005570313493**

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	NO	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**70691849**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ago-23**	**7/09/2023**	**$ 276.100**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**ago-23**	**7/09/2023**	**$ 353.400**	**COLPENSIONES**
ARL	**ago-23**	**7/09/2023**	**$ 11.600**	**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**	
	2023	9	8	



ANDREY FORERO ESPINOSA

Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos 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.

	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	*847 DE 2023*			
CONTRATISTA:	MARIA ANGELICA VACA INFANTE		**NIT / C.C No. :**	*52966080-4*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR/ EN LA EVALUACIÓN HASTA LA EMISIÓN DE CONCEPTO DEL MÓDULO DE CALI DAD" LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS DE BIOLÓGICOS Y MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS, ASÍ COMO LAS AUTORIZACIONES DE USO DE EMERGENCIA DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN LA MATERIA Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS — INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$27.055.664			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	3 de agosto de 2023		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	100
FECHA DE INICIO:	2023/08/03		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2023/12/29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2023/08/03	**HASTA:**	2023/09/02
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ANDREY FORERO ESPINOSA**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Prestar apoyo en la evaluación técnica de los documentos allegados por el interesado para la obtención de registros sanitarios nuevos, renovaciones y trámites asociados de medicamentos biológicos, así como de las Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de acuerdo con el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia, y proyectar el concepto técnico previo al acto administrativo o informes cuando se requieran	Estudios de Tramites asociados a Modificaciones de Registro Sanitario de Medicamentos Biológicos y Respuestas a Auto.	**1.1** 20201208476 Estudio inicial **2 días** **1.2** 20231009897 Estudio inicial - Parcial **1.5 días** **1.3** 20221064469 Rta auto - parcial **2.5 días** **1.4** 20211236521 Rta Auto **3 días** **1.5** 20221212087 Rta auto **3 días** **1.6** 20201174129 Rta auto **3 días**
2	Documentar las actividades de intercambios de información y/o experiencia técnica científica con organismos nacionales e internacionales, públicos o privados en materia de vigilancia y control de los productos objeto del contrato, de confinidad a los lineamientos dados por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos	16/08/2023 - Cierre curso Terapias Avanzadas	Certificado de finalización del curso **1 día**
3	Realizar acompañamiento en las actividades técnicas de socialización a usuarios internos y externos	04/08/2023 – capacitación grupo legal PQRS 60 min	

	relacionados con el proceso de Registros Sanitarios de medicamentos biológicos y biotecnológic0 según le sean asignados por la dependencia y presentar los informes correspondientes	14/08/2023 - Reunión de Grupo 60 min	**0.25 días**
4	Apoyar en la construcción de los lineamientos (reglamentos, guías, formatos) que regulan los productos biológicos y biotecnológicos, de conformidad con la normatividad vigente	--------	---------
5	Brindar apoyo en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto, con respecto a la gestión del proceso de registros sanitarios, trámites asociados y temas relacionados a los mismos, de acuerdo con su experticia técnica y aportando los soportes correspondientes	Correspondencia baja complejidad Citas de atención al usuario Manejo de correo del grupo	RAD 20231200271 RAD 2023121113 **1 día** CITA 36092 - 09/08/2023 CITA 36157 - 09/08/2023 CITA 36217 - 09/08/2023 CITA 36273 - 09/08/2023 CITA 36597 - 18/08/2023 CITA 37141 - 31/08/2023 **0.6 días** Excel de seguimiento de correo **2.1 días**
6	Actualizar y completar la información correspondiente a los trámites en la base de datos de Registros Sanitarios y demás/sistemas de información que disponga la entidad para la toma de decisiones gerenciales	----------	----------
7	Apoyar en el uso de las plataformas de información y demás que establezca la entidad en sus procesos de transformación digital.	----------	----------

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 agosto del año 2023.

(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)
1	$22,086,256	$2.208.626	30	$641.100	70691849	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$27.055.664
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$5.521.564
Saldo del contrato	$21.534.100

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

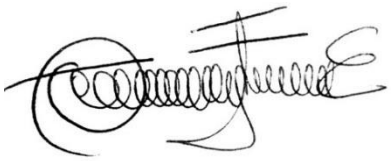
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
0	X	X

Atentamente,



MARIA ANGELICA VACA INFANTE
Contratista
C.C. No. 52.966.080 DE BOGOTA

Recibí a satisfacción:



ANDREY FORERO ESPINOSA
Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.
Supervisor del Contrato 847 de 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52966080	MARIA ANGELICA VACA INFANTE	CLL 75 # 110 C 14	4346962	mangelicavi83@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	07/09/2023	70691849	$641.100	

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	353.400	0	0	0	0	0	0		353.400	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	353.400	353.400
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	641.100	641.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52966080	MARIA ANGELICA VACA INFANTE		CLL 75 # 110 C 14	4346962	mangelicavi83@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	07/09/2023	70691849	$641.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52966080	VACA INFANTE MARIA ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.208.626	353.400	0	0	0	0	EPS008	2.208.626	276.100	14-23	2.208.626	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información