

NÚMERO DE PROCESO DEL SECOP	CPSP 370 AL 399 DE 2024
NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	366 del 25 de enero del 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 TÉCNICO 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.
NOMBRE CONTRATISTA	DAVID GUISEPPE ARÉVALO GÓMEZ
NIT / C.C. No	1032436409 - 8
VALOR DEL CONTRATO	Treinta y tres Millones cientos treinta y dos mil Pesos M/CTE (\$33'132.000).
PLAZO DE EJECUCIÓN	El objeto del presente contrato se ejecutará hasta por seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y suscripción del acta de inicio.
No. DE POLIZA Y FECHA DE APROBACIÓN	NO APLICA
No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA DE EXPEDICIÓN	99824 del 25 de enero del 2024
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	25 de enero del 2024
FECHA PROYECTADA DE TERMINACIÓN	24 de julio del 2024

En las instalaciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, de la ciudad de Bogotá D.C se reunieron: **DAVID GUISEPPE ARÉVALO GÓMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1032436409 de Bogotá D.C., quien actúa en nombre propio, en su calidad de Contratista y **GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1032358047 de Bogotá, en su calidad de supervisor(a), para dar inicio al cumplimiento del objeto del contrato en mención, por encontrarse cumplidos todos los requisitos para ello.

La presente se firma por quienes en ella intervinieron a los 25 días del mes de enero del año 2024



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Profesional Especializada con
Asignación de Funciones de
Coordinación del Grupo de Apoyo a las
Salas Especializadas de la Comisión
Revisora de la Dirección de
Medicamentos y Productos Biológicos.
Supervisor(a)



DAVID GUISEPPE ARÉVALO GÓMEZ
Identificación: 1032436409

Contratista.

	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	DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ		NIT/ CC No.	1,032,436,409	
CORREO ELECTRÓNICO	darevalog@invima.gov.co		TELÉFONO	3014862737	
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	366 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	6 meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EVALUAR, PRECONCEPTUAR Y CONCEPTUAR LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, DESABASTECIMIENTO, EVALUACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA ALLEGADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	25/01/2024	FECHA DE INCIO	25/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	24/07/2024

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	1
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	25 de enero al 24 de febrero de 2024
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	570466870064287

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	N/A		Otros. Cuales?			N/A
Indique las observaciones respectivas						

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	1061771419/1061710011				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
PENSION	2024-01	26 de febrero de 2024	\$70.682	PORVENIR	
SALUD	2024-01	26 de febrero de 2024	\$55.220	NUEVA EPS	
ARL	2024-01	26 de febrero de 2024	\$2.306	SURA	

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					
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD		
2024	2	27			
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
Nombre					
Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD		
Consecutivo:					

GLORIA CECILIA PENUELA SANCHEZ Coordinador del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora 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.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-02-26, 12:58:16 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	DAVID AREVALO GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032436409
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8810371515 / 1061710011
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	11073158
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	\$ 77.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Número REG02	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	1	\$ 41.600	\$ 800
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	1	\$ 32.500	\$ 700
N890903790	14-11	ARL SURA	1	1	\$ 1.400	\$ 100
N000000000	NIN-CC	NINGUNA CCF	1	1	\$ 0	\$ 0

SubTotales:	\$ 75.500	\$ 1.600
Total a Pagar:		\$ 77.100





Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-02-28, 04:14:09 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	DAVID AREVALO GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032436409
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8810378358 / 1061771419
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	07268565
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	\$ 54.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 29.100	\$ 700
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 22.800	\$ 500
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 1.000	\$ 100
SubTotales:				\$ 52.900	\$ 1.300
Total a Pagar:					\$ 54.200



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

Bogotá D.C.
27 de feb. de 2024

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: DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ
Identificación: 1032436409

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 (☒) NO (☐)

* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (☒) 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 (☒) 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	INVIMA	25/01/2024	25/07/2024	33.135.000,00	5.522.000,00
2					
3					
				33.135.000,00	5.522.000,00

3. Soy pensionado SI (☐) NO (☒), según resolución No._____.
4. Aportes voluntarios a pensión SI (☐) NO (☒): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.
5. Aporte cuenta AFC SI (☐) NO (☒): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta DE AHORROS DAVIVIENDA No. 0570466870064287
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 (☒);
- 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 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 25 días del mes de febrero del 2024

Firma: D. Arevalo
cc 1032436409 Btá
Nombres y Apellidos: DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ
C.C. 1032436409

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14964478719			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1032436409				6. DV 8		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 1032436409		27. Fecha expedición 20080429	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido AREVALO		32. Segundo apellido GOMEZ		33. Primer nombre DAVID		34. Otros nombres GUISEPPE	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CR 28 B 71 B 43							
42. Correo electrónico alt.trigun@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3067014		45. Teléfono 2 3014862737			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 7490		47. Fecha inicio actividad 20231123		48. Código 8299		49. Fecha inicio actividad 20130101	
50. Código 1		51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. 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 2023 - 11 - 24 / 17 : 05: 06			
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 AREVALO GOMEZ DAVID GUISEPPE			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

08/11/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032436409**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570466870064287
Fecha de apertura	11/08/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

	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		366 de 2024		
CONTRATISTA:		DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ		NIT / C.C No. : 1032436409
OBJETO CONTRACTUAL:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EVALUAR, PRECONCEPTUAR Y CONCEPTUAR LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, DESABASTECIMIENTO, EVALUACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA ALLEGADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO		\$ 35.682.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:		25 de enero de 2024	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	6 meses
FECHA DE INICIO:		25 de enero de 2024	FECHA DE TERMINACIÓN:	24 de julio de 2024
FECHA PERIODO DE PAGO.		DE: 25-01-2024	HASTA:	24-02-2024
PAGO NÚMERO:		1	DEPENDENCIA:	DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:		GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar evaluación farmacológica y/o farmacéutica de los documentos aportados en las solicitudes de registro sanitario y trámites asociados, incluidos los vitales no disponibles y medicamentos declarados en desabastecimiento, en concordancia al plan de trabajo para el cumplimiento de metas POA de la dependencia.	Transcripciones realizadas: 20221279714 20221280329 20221280570 20221280603 20221280608 20221280612 20221280614 20221281227 20221281340 20221279255 20221157215 (APROBADAS) 3240 minutos en total 20221280374 (NEGADAS) 270 minutos en total	Reposa en el aplicativo del INVIMA como en el proceso de revisión legal y el VoBo por parte de la Coordinadora del Area
		No se requirio	No se requirio
2	Realizar conceptos técnicos especializados a solicitudes de	No se requirio	No se requirio

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

	autorización de vitales no disponibles y el diligenciamiento de informes cuando haya requerimientos judiciales de pacientes específicos y urgencias clínicas.		
3	Realizar preconceptos técnicos especializados para las solicitudes asignadas al Grupo de salas especializadas de la comisión revisora, relacionados con la seguridad, eficacia y farmacéutica de los medicamentos.	No se requirio	No se requirio
4	Realizar el análisis y reporte de los medicamentos en riesgo de desabastecimientos y desabastecidos; y los informes de seguimientos que se requieran.	No se requirió	No se requirió
5	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	No se requirió
6	Resolver las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto, con relación con la evaluación farmacológica de registros sanitarios y tramites asociados, aportando los soportes correspondientes, que le sean asignadas.	No se requirio	No se requirió
		Se proyectó la respuesta a 1 Derechos de petición/Correspondencia solicitados por los interesados a través del nuevo sistema de correspondencia de Se-suite: 20241026520 (960 minutos en total)	Las respuestas proyectadas reposan en Se-Suite
7	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.	Reunión proceso de agendamiento (26/01/2024) Capacitación Inducción INVIMA (29/01/2024) Capacitación agendamiento SEM (25/01/2024 26/01/2024 29/01/2024 31/01/2024 7/02/2024 23/02/2024) SOCIALIZACIÓN PLAN DE TRABAJO GASECR - PRESENTACIÓN PLAN DE CONTINGENCIA 2024 DM (1/02/2024) CAPACITACION SINTE SOLUCIONES S.A.S (1/02/2024)	Citación enviada por correo y asistencia vía Teams-microsoft

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

		PLAN DE ACCION SALAS ESPECIALIZADAS Y AGENDAMIENTO 8/02/2024 Reunión con Directora de Medicamentos 12/02/2024 (1217 minutos en total)	
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.	No se requirio	No se requirio
8	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 se requirio	No se requirio
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.	No se requirio	No se requirio

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.

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

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente Pensión, EPS y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
881037151 5	\$ 5.522.000	40%	5	\$ 41.000 \$ 32.000 \$ 1.400	1061710011	SIMPLE PLANILLA
881037835 8	\$ 5.522.000	40%	5	\$29.100 \$22.800 \$1.000	1061710011	SIMPLE PLANILLA

5. BALANCE FINANCIERO

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

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
1	X	

Atentamente,

DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ

Contratista

C.C. No. 1032436409

D. Arevalo
cc1032436409 Bta

Recibí a satisfacción:

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

Coordinador del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Supervisor(a) Contrato 333 de 2024