| | 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 GUISSEPPE 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:** | **25-03-2024** | **HASTA:** | **24-04-2024** |
| **PAGO NÚMERO:** | **4** | | **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:**<br>**20211140411**<br>**20211140423**<br>**20231344060**<br>**20231344063**<br>**20231134563**<br>**20231138167**<br>**20231138174**<br>**20231145339**<br>**20231152585**<br>**20231152640**<br>**20231076639**<br>**20231076665**<br>**20231076674**<br>**20231082549**<br>**20231082555**<br>**20231086008**<br>**20231080796**<br>**20231080800**<br>**20231085794**<br>**20231085783**<br>**(APROBADAS)**<br>**4180 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 autorización de vitales no disponibles y el diligenciamiento de informes cuando haya requerimientos judiciales de pacientes específicos y urgencias clínicas.** | **No se requirió** | **No se requirió** |
| **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.** | **2700 minutos (para productos en estatus EN MONITORIZACION)** | **Reposa la información en la base de datos de desabastecimiento como en el correo electrónico enviado a los titulares/fabricantes solicitando dicha información para 4 meses a partir de la fecha** |
| **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**<br>**No se requirio** | **No se requirio**<br>**No se requirio** |
| **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 CAPACITACION DESABASTECIMIENTO (120 minutos)**<br><br>**Reunión desabastecimiento con la coordinadora (60 minutos)**<br><br>**reunión semanal Ministerio de salud (60 minutos)** | **Reuniones en Teams** |
| **8** | **Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la** | **No se requirio** | **No se requirio** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **información relacionada con los trámites.** | | |
| **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.

| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8810521177 | $ 5.522.000 | 40% | 30 | $ 353.300<br>$ 276.000<br>$ 11.600 | 1063327364 | SIMPLE PLANILLA |

## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 33.132.000 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 16.566.000 |
| Saldo del contrato | $ 16.566.000 |

## 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** |
| 3 | X | |

Atentamente,

**DAVID GUISSEPPE AREVALO GOMEZ**
**Contratista**
**C.C. No. 1032436409**

D. Arévalo
cc 1032436409 Btá

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**

## 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** | 2024-06-18, 12:20:18 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | abril de 2024 |
| **Empresa** | DAVID AREVALO GOMEZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1032436409 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8810521177 / 1063327364 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 663.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 353.300 | $ 12.200 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 1 | $ 276.000 | $ 9.500 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 11.600 | $ 400 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 640.900 | $ 22.100 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 663.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

| | 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** | **DAVID GUISSEPPE 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** | **$ 22.088.000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.522.000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 11.044.000** | **VALOR PAGADO** | **$ 22.088.000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **4** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **25 de abril al 24 de mayo 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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | 1063327364 | | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **PENSION** | **2024-04** | **18 de junio de 2024** | **$353.300** | **PORVENIR** |
| **SALUD** | **2024-04** | **18 de junio de 2024** | **$276.000** | **NUEVA EPS** |
| **ARL** | **2024-04** | **18 de junio de 2024** | **$11.600** | **SURA** |

*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 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 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**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | **AAAA** | **MM** | **DD** | |
| | 2024 | 6 | 18 | |



**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | AAAA-MM-DD |
| **Consecutivo:** | |

**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**
**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.