	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	LADY MARCELA GAITÁN NARANJO	**NIT/ CC No.**	1019008842
CORREO ELECTRÓNICO	lm.gana@hotmail.com	**TELÉFONO**	3006298325
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	423-2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	29/07/2024
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	2024/01/29	**FECHA DE INCIO**	30/01/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2024/07/29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 33.132.000	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 22.088.000	**VALOR A PAGAR**	$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 16.566.000	**VALOR PAGADO**	$ 16.566.000	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	PAGO 3
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	N/A	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	30 de marzo al 29 de abril de 2024
BANCO	Banco Davivienda	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	550488439478220

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	N/A		**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA	9467528710

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	MARZO	2024-05-23	$ 293.800	Famisanar
PENSIÓN	MARZO	2024-05-23	$ 376.000	Colfondos
ARL	MARZO	2024-05-23	$ 12.300	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	5	23	



	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
GLORIA CECILIA PEÑUELA	**Consecutivo:**	
COORDINADORA GRUPO DE APOYO A 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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019008842		GAITAN NARANJO LADY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 45 # 45 - 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3573644	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	656830115	9467528710	I	2024/04/09	2024/05/23	BANCO DAVIVIENDA	44	$707,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,350,000**	**$376,000**			**$2,350,000**	**$293,800**			**$0**	**$0**			**$2,350,000**		**$12,300**		**$0**	**$0**		**$682,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,350,000**	**$376,000**			**$2,350,000**	**$293,800**			**$0**	**$0**			**$2,350,000**		**$12,300**		**$0**	**$0**		**$682,100**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000		$12,300		$0	$0		$682,100
1	CC	1019008842	GAITAN LADY																	23100 1	30	$2,350,000	$376,000	EPS017	30	$2,350,000	$293,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,350,000	0.522%	$12,300	0	$0	$0	No	$682,100
Total	**Afiliados(1)**																					$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000		$12,300		$0	$0		$682,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019008842		GAITAN NARANJO LADY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 45 # 45 - 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3573644	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	656830115	9467528710	I	2024/04/09	2024/05/23	BANCO DAVIVIENDA	44	$707,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$376,000	$13,700	$0	$389,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$376,000	$13,700	$0	$389,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,300	$500	$0	$12,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,300	$500	$0	$12,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$293,800	$10,700	$0	$304,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$293,800	$10,700	$0	$304,500
TOTAL				**1**	**$682,100**	**$24,900**	**$0**	**$707,000**

	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	423-2024			
CONTRATISTA:	Lady Marcela Gaitán Naranjo		**NIT / C.C No. :**	1019008842-1
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL ESTUDIO DE LA INFORMACION DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN UN CONCEPTO 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:	2024-01-29		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	180 días
FECHA DE INICIO:	2024-01-30		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-04-01	**HASTA:**	2024-04-29
PAGO NÚMERO:	3		**DEPENDENCIA:**	DMPB
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			

1. 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 trámites 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.	Evaluación de insertos e IPP estudio inicial: 18 Evaluación respuestas a auto: 13	FIES en SharePoint o365_BIBLIOTECA_COMISION REVISORA_GASECR FIES 2024 – FEBRERO. **Radicados** **<u>Evaluación de insertos e IPP estudio inicial</u>** 20211219219 20211251137 20221090323 20221107569 20221121453 20221159959 20201256392 20211032211 20211187913 20211214343 20211249062 20211252894 20211252902 20211252906 20241026158 20241026166 20241041445 20241051038 **<u>Evaluación modificación 334 automáticas</u>** 20241041421 20241042105

			20241042188 20241043553 20231323769 **<u>Evaluación respuestas a auto</u>** 20211292749 20221141317 20211208281 20211160791 20211160794 20211160796 20221064534 20221136853 20221136861 20221136870 20221136880 20211160781 20211164110
2	Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	No aplica	No aplica
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	No aplica	No aplica.
4	Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Evaluación modificación 334 automáticas: 5	**<u>Evaluación modificación 334 automáticas</u>** 20241041421 20241042105 20241042188 20241043553 20231323769
5	Participar activamente en la implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos, asignados 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.	N/A	N/A
6	Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicadores por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad.	N/A	N/A
7	Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización rrelacionados con las Salas Especializadas de la Comisión Revisora que se	N/A	N/A

	relacionen con los productos competencia de esta dirección.		
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.	N/A	N/A
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.	Correspondencias:3	**Sesuite radicados:** 20241074515 20241088041 20241090740 **Otros:** Taller modificaciones de seguridad. REUNIÓN SOBRE GESTIÓN DE PRE - CONCEPTOS. Reunión Presencial Modificaciones de información de seguridad. CAPACITACIÒN MODIFICACIONES DE ETIQUETADO 334 Cita N° 43901 Cita N° 44031

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

2. 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

3. 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 2022.

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)
3	5.550.000	2.350.000	30	707.000	9467528710	Aportes en línea

4. 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

5. 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,

Lady G.

Firma
Lady Marcela Gaitán
Contratista
C.C. No. 1.019.008.842

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor Contrato 423 de 2024