1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	0367 de 2024			
CONTRATISTA:	Juan Carlos Paez Lemus		**NIT / C.C No. :**	80777668-1
OBJETO CONTRACTUAL:	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.				
VALOR DEL CONTRATO	$33,132,000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024/01/25		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	30 días
FECHA DE INICIO:	2024/01/25		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024/07/24
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024/03/25	**HASTA:**	2024/04/24
PAGO NÚMERO:	3		**DEPENDENCIA:**	DMPB
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sanchez			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1.	1. Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas 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 especializada de tramites de bioequivalencia. 1211 Rad 20211271812 VILDAGLIPTINA 50 MG TABLETAS.doc RTA AUTO 775. Rad. 20191158262-Anastrozol 1 mg-tabletas.docx 1309 Rad 20211301016 SITAGLIPTINA TABLETAS 100 MG.doc 1310 Rad 20211301033 VOXABAN® RIVAROXABÁN 10 MG TABLETAS RECUBIERTAS .doc RESPUESTA DE AUTO RAD 20201193663.docx 1376 Rad 20221200817 TAMIDA® Bicalutamida 50mg Tableta recubierta.doc	Evidencias Reposan en ABRIL JUAN CARLOS PAEZ
2.	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos	Se desarrolla la actividad con la capacitación de inicio	NA

	de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.		
3.	3. Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	Se desarrolla la actividad con la capacitación de inicio	N/A
4.	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.	No se desarrollaron actividades relacionadas con este punto para el mes de marzo.	N/A
5.	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 relacionadas con el objeto contractual.	No se desarrollaron actividades relacionadas con este punto para el mes de marzo	N/A
6.	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.	Atención al usuario 05_Cita N° 43058 Salas - Atención a usuarios Glaxosmithkilne Consumer Heathcare 06_Cita N° 43486 Salas - Atención a usuarios Glaxosmithki 07_Cita N° 44242 Salas - Atención a usuarios Genfar S.A	
7.	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 desarrollaron actividades relacionadas con este punto para el mes de marzo	N/A
8.	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 desarrollaron actividades relacionadas con este punto para el mes de marzo	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.	No se desarrollaron actividades relacionadas con este punto para el mes de marzo	NA

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)
4	$5,522,000	40%	30	EPS: $560.000 Pensión: $716.400 ARL: $23.400	75673776	miplanilla

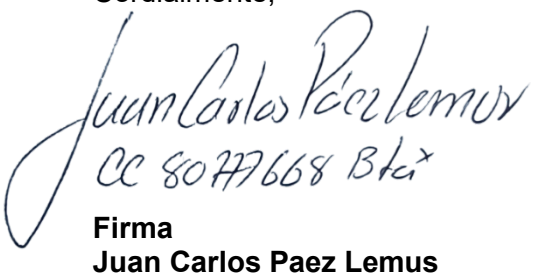
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$33,132,000
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
1	X	

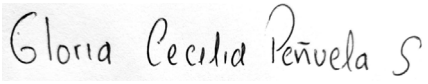
Cordialmente,



Firma
Juan Carlos Paez Lemus
Contratista
C.C. 80.777.668

Recibí a satisfacción:

Aprobó: Gloria Cecilia Peñuela Sanchez



Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sanchez
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor Contrato 0367 de 2024

	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	JUAN CARLOS PAEZ LEMUS	**NIT/ CC No.**	80777668
CORREO ELECTRÓNICO	jcpaezl@gmail.com	**TELÉFONO**	3133891006
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	0367 de 2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2024/07/24
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.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024/01/25	**FECHA DE INCIO**	2024/01/25	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2024/07/24

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$33,132,000.00	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 22,088,000	**VALOR A PAGAR**	$5,522,000.00
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 16,566,000	**VALOR PAGADO**	$16,566,000.00	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	PAGO 3
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	N/A	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	25 MARZO a 24 de ABRIL de 2024
BANCO	Banco Davivienda	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	488407447579

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)

33132000

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	75673776

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	MARZO	2024/03/19	$ 560,000	Compensar
PENSIÓN	MARZO	2024/03/19	$ 716,800	Porvenir
ARL	MARZO	2024/03/19	$ 23,400	Porvenir

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:□

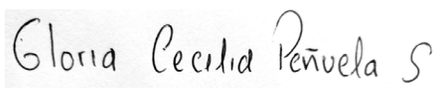
□

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	6	4	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Gloria Cecilia Peñuela Sanchez	**Consecutivo:**
COORDINADORA GRUPO DE APOYO A SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS	

	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

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.

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	80777668	JUAN CARLOS PAEZ LEMUS	CALLE 45 N 45-84 APTO 504 BLOQUE 5	6013573644	jcpaezl@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	
2024-03	2024-03	I	19/03/2024	75673776	$1.300.200	

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	560.000	0		0		0	0	0	0	560.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	716.800	0	0	0	0	0	0		716.800	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	23.400				23.400	0	0	23.400			234	23.400	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	560.000	560.000
Pensión	1	716.800	716.800
Riesgos Laborales	1	23.400	23.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.300.200	1.300.200

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	80777668	JUAN CARLOS PAEZ LEMUS	CALLE 45 N 45-84 APTO 504 BLOQUE 5	6013573644	jcpaezl@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	
2024-03	2024-03	I	19/03/2024	75673776	$1.300.200	

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	Estudiante	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	80777668	PAEZ LEMUS JUAN CARLOS	59	0			N																	230301	4.480.000	716.800	0	0	0	0	EPS008	4.480.000	560.000	14-23	4.480.000	1	23.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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