	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	**Diana Paola velásquez Vargas**	**NIT/ CC No.**	1015394518
CORREO ELECTRÓNICO	dvelasquezv@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3185240963
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	**365 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-07-24**
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	**2024-01-25**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-25**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-24**

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°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**25 de enero de 2024 a 24 de febrero de 2024**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**550473100074375**

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

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**1061759662 1060412066**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Enero- febrero**	**2024-02-27**	**116100 - 277500**	**FAMISANAR EPS**
PENSIÓN	**Enero- febrero**	**2024-02-27**	**148500 - 355200**	**COLPENSIONES**
ARL	**Enero- febrero**	**2024-02-27**	**4900 11600**	**POSITIVA DE SEGUROS**

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 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	3	6	

Gloria Cecilia Peñuela S

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

GLORIA CECILIA PEÑUELA COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA

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.

PAGOSIMPLE | DETALLADO POR ADMINISTRADORA

Fecha Creación Reporte 2024-02-27, 11:48:15 PM

Periodo Cotización 2024-01

Periodo de Cotización 2024-01

Fecha limite de pago

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PAOLA VELASQUEZ VARGAS		
Documento	CC1015394518	**Dirección**	AV. CALLE 80 #58 - 64 UND 7 APTO 107
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8140567
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

AFP

Código	Nit	AFP	Cotización	Cotización Vol Afiliado	Cotización Vol Aportante	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Días de mora	Intereses Mora	Int Mora FSP Solidaridad	Int Mora FSP Subsistencia	Total a pagar	No. Afiliados
25-14	N900336004	COLPENSIONES	$ 145.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	22	$ 2.900	$ 0	$ 0	$ 148.500	1

EPS

					Incapacidades		Licencia de Maternidad												
Código	Nit	EPS	Valor Total	UPC	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Neto	Dias Mora	Interes Mora	Int. Mora UPC	SubTotal Cotización	SubTotal UPC	No. Rad Saldo a Favor	Saldo a favor Cot Oblig	Saldo a favor UPC	Total a pagar	No. Afiliados
EPS017	N830003564	FAMISANAR EPS	$ 113.800	$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.800	22	$ 2.300	$ 0	$ 116.100	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 116.100	1

ARP

				Incapacidades										
Código	Nit	ARP	Cotización	No. Autorizacion	Valor	Aporte otro riesgo	Valor Neto	Dias Mora	Int. Mora	SubTotal Cotizacion	No. Saldo a favor	Valor saldo favor	Total a pagar	No. Afiliados
14-23	N860011153	POSITIVA DE SEGUROS	$ 4.800		$ 0	$ 0	$ 4.800	22	$ 100	$ 4.900	0	$ 0	$ 4.900	1

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Pensión	$ 145.600	$ 148.500	1
Gran Total	**$ 145.600**	**$ 148.500**	**1**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Salud	$ 113.800	$ 116.100	1
Riesgos	$ 4.800	$ 4.900	1
Gran Total	**$ 264.200**	**$ 269.500**	**3**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | DETALLADO POR ADMINISTRADORA

Fecha Creación Reporte 2024-02-27, 11:48:38 PM

Periodo Cotización 2024-02

Periodo de Cotización 2024-02

Fecha limite de pago

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PAOLA VELASQUEZ VARGAS		
Documento	CC1015394518	**Dirección**	AV. CALLE 80 #58 - 64 UND 7 APTO 107
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8140567
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

AFP

Código	Nit	AFP	Cotización	Cotización Vol Afiliado	Cotización Vol Aportante	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Días de mora	Intereses Mora	Int Mora FSP Solidaridad	Int Mora FSP Subsistencia	Total a pagar	No. Afiliados
25-14	N900336004	COLPENSIONES	$ 355.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 355.200	1

EPS

					Incapacidades		Licencia de Maternidad												
Código	Nit	EPS	Valor Total	UPC	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Neto	Dias Mora	Interes Mora	Int. Mora UPC	SubTotal Cotización	SubTotal UPC	No. Rad Saldo a Favor	Saldo a favor Cot Oblig	Saldo a favor UPC	Total a pagar	No. Afiliados
EPS017	N830003564	FAMISANAR EPS	$ 277.500	$ 0		$ 0		$ 0	$ 277.500	0	$ 0	$ 0	$ 277.500	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 277.500	1

ARP

				Incapacidades										
Código	Nit	ARP	Cotización	No. Autorizacion	Valor	Aporte otro riesgo	Valor Neto	Dias Mora	Int. Mora	SubTotal Cotizacion	No. Saldo a favor	Valor saldo favor	Total a pagar	No. Afiliados
14-23	N860011153	POSITIVA DE SEGUROS	$ 11.600		$ 0	$ 0	$ 11.600	0	$ 0	$ 11.600	0	$ 0	$ 11.600	1

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Pensión	$ 355.200	$ 355.200	1
Gran Total	**$ 355.200**	**$ 355.200**	**1**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Salud	$ 277.500	$ 277.500	1
Riesgos	$ 11.600	$ 11.600	1
Gran Total	**$ 644.300**	**$ 644.300**	**3**

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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	2024-02-27, 11:23:12 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	DIANA PAOLA VELASQUEZ VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1015394518
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1060412066
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	479782317
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 269.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Número REG02	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	1	$ 145.600	$ 2.900
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	1	$ 113.800	$ 2.300
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	1	$ 4.800	$ 100
		SubTotales:			$ 264.200	$ 5.300
		Total a Pagar:				$ 269.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 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!

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	2024-02-27, 11:42:18 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2024
Empresa	DIANA PAOLA VELASQUEZ VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1015394518
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1061759662
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	479791569
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 644.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Número REG02	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	1	$ 355.200	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	1	$ 277.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	1	$ 11.600	$ 0
		SubTotales:			$ 644.300	$ 0
		Total a Pagar:				$ 644.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 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!

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

Bogotá D.C.

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: Diana Paola Velásquez Vargas
Identificación: 1015394518

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 (x) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI (x) 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 (x) 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	AGM gremio medico	13/04/2023	indefinido		5´800.000
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI ( ) NO (x), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (x): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

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 (x);

   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

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Victoria Antonella Huertas Velásquez	4 años	Hija	RC	1019918391

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 (X) NO ( ) : 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 _4__ días del mes de _marzo _ del 2024

Firma: _____
Nombres y Apellidos: Diana Paola Velásquez Vargas
C.C. 1015394518

	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	365 DE 2024			
CONTRATISTA:	Diana Paola Velásquez Vargas		**NIT / C.C No. :**	*1015394518*
OBJETO CONTRACTUAL:	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			
VALOR DEL CONTRATO	33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024/01/25		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**6 meses**
FECHA DE INICIO:	2024/01/25		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024/07/24
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024/1/25	**HASTA:**	2024/2/24
PAGO NÚMERO:	1		**DEPENDENCIA:**	**GASECR**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas y tramites asociados, de acuerdo con las normas y procedimiento vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el	Se realiza el estudio de los documentos aportados por el interesado mediante solicitud de: Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) 20231110217-Priorizado 20231110214 -Priorizado 20231343885- Decreto 334 20231297932-Decreto 334 2023132910- Decreto 334 20231297795- Decreto 334 20211059865- Solicitud de registro 20201203704 solicitud de registro 20211276944	Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora FIES 2024- FEBRERO- MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- FEBRERO

	cumplimiento de las metas POA de la dependencia	20211283005 20211284832 20211284854 20211290056	
2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados	Se realiza preconcepto para unificación Radicado 20211276944, expediente 40743 Se envía a sala UNIRS	**Envío correo**
3	Construir en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de la salas especializadas de la comisión revisora	No asignado para el periodo reportado	No asignados para el periodo reportado
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.	20231205998 20211276944 20211283005 20211284832 20211284854 20211290056 20231110217 20231110214 20231343885 20231297932 20231329102 20231297795 20211059865	Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora FIES 2024- FEBRERO- MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- FEBRERO Soporte en Sesiute: Registro sanitario Aplicativo de registro sanitario: resoluciones de aprobación autos.
5	Participar activamente en la implementación de proyectos guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignados a la Dirección de	No asignado para el periodo reportado	No asignado para el periodo reportado

	Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en la implementación de proyectos, de conformidad con las normas vigentes relacionadas con el objeto contractual.		
6	Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicadas por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad.	INDUCCIÓN BASE DE REGISTROS SANITARIOS (9 AM A 3 PM), INDUCCIÓN BIOEQUIVALENCIA (9 AM A 3 PM), REUNIÓN PLAN DE TRABAJO (7 AM A 10 AM), REUNION ASUE (10 AM A 12 PM), REUNION DIRECCIÓN (9 A 10 AM) ENTRENAMIENTO EN ASPECTOS LEGALES CORRESPONDENCIA - BIO BIO 26 GEBRERO(11 A 13PM) Revisión proceso de evaluación de información farmacológica 19 FEBRERO (8 A 9AM) Capacitación base de datos registro sanitario 14 feb 10:30 – 11:30 Atención a usuarios 41702 41981 41986 42066 / 42068	Calendario TEAM Envío de actas de atenciones a usuarios
7	Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la omisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección	No asignados para el periodo reportado	No asignados para el periodo reportado
8	Actualización de las bases de datos y demás sistemas de información con	Se carga FIES en ONE DRIVE según el plan de trabajo en carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora. Se completa datos en el aplicativo de	Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora

	los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.	Registro sanitario de lo tramites a los cuales se les otorgó resolución de aprobación	FIES 2024- FEBRERO- MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- FEBRERO Aplicativo de registro sanitario: resoluciones de aprobación.
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.	Evaluación y respuesta de correspondencia 20241006946 20241031458 20241033723 20241030823 20241037313	Aplicativo Sesuite

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
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
……			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 y febrero del año 2024

(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	5522000	222000	30	908500	1061759662 - 1060412066	Simple

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

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	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N° 1

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista Diana Paola Velásquez
Contratista
C.C. No. 1015394518

Recibí a satisfacción:



Firma
Nombres y Apellidos
Cargo
Dependencia
Supervisor(a) Contrato 365 DE 2024