| | 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** | **24/07/2024** |
| **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 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** | **$ 27.610.000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.522.000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 22.088.000** | **VALOR PAGADO** | **$ 11.044.000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **2** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **NA** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **25 de febrero de 2024 a 24 de marzo 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** | SI | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | N/A | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | **Documentos a cargo** | NA | |
| **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** | **1061759699** |

| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| **SALUD** | **Marzo** | **2024-04-16** | **$ 280.400** | **FAMISANAR EPS** |
| **PENSIÓN** | **Marzo** | **2024-04-16** | **$ 358.900** | **COLPENSIONES** |
| **ARL** | **Marzo** | **2024-04-16** | **$ 11.800** | **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 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.**

| | AAAA | MM | DD |
|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | 2024 | 4 | 24 |

Gloria Cecilia Peñuela S

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

| | |
|---|---|
| **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | AAAA-MM-DD |
| **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** | 2024-04-24, 05:32:51 PM | **Tipo Planilla** | I: Planilla independientes | **Número Planilla** | 1061759699 |
| **Periodo Cotización** | 2024-03 | **Periodo Servicio** | 2024-03 | | |
| | | | | **Fecha limite de pago** | 2024-04-04 |

## PAGADO 16/04/2024

### 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 | 12 | $ 3.700 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | 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 | 12 | $ 2.900 | $ 0 | $ 280.400 | $ 0 | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.400 | 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 | 12 | $ 200 | $ 11.800 | 0 | $ 0 | $ 11.800 | 1 |

### TOTALES

| Tipo Administradora | Valor Antes de Descuentos y mora | Valor Total | No. Administradoras |
|---|---|---|---|
| Pensión | $ 355.200 | $ 358.900 | 1 |
| **Gran Total** | **$ 355.200** | **$ 358.900** | **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 | $ 280.400 | 1 |
| Riesgos | $ 11.600 | $ 11.800 | 1 |
| **Gran Total** | **$ 644.300** | **$ 651.100** | **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.**

| | 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:** | 2024/02/25 | **HASTA:** | 2024//03/ **24** |
| **PAGO NÚMERO:** | 2 | | **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) 20211107307,20211110089,20211298505, 20221123448,20221142511,20221145019, 20221153546,20221188112,20211271343, 20211271348,20211271588,20211282910, 20211282913, | Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora FIES 2024- Marzo- MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- FEBRERO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cumplimiento de las metas POA de la dependencia | | |
| **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:<br>20221153546<br>20211271343<br>20211271348 | En carpeta de FIE correspondiente y envío a Liseth |
| **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. | Se realizan actos administrativos y respuesta al grupo de registro sanitario de los siguientes tramites:<br>20211107307,20211110089,20211298505, 20221123448,20221142511,20221145019, ,20221188112,20211271588,20211282910, 20211282913, | Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora<br>FIES 2024- FEBRERO-MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- Marzo<br>Soporte en Sesiute: Registro sanitario<br>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. | Asistir a reuniones programas para el grupo<br>No se programaron atenciones a usuario para el periodo | Calendario TEAM |
| **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 los que la Dependencia cuenta para registrar la información | 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 Registro sanitario de lo tramites a los cuales se les otorgó resolución de aprobación | Se cargan FIE en la ruta: carpeta compartida de Biblioteca de la Comisión Revisora<br>FIES 2024- Marzo- MODIFICACIONES DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD- DIANA VELÁSQUEZ- Marzo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | relacionada con los trámites. | | 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<br>20241045483<br>20241050913 | 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 Marzo 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 | 651100 | 1061759699 | 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). | 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 | |
| 2 | 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**