	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

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

1. El formato debe ser diligenciado por el supervisor y entregado al contratista con el fin de cargarlo en la Plataforma SECOP II con los siguientes documentos:

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA
FACTURA (CUANDO APLIQUE)
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN
SOPORTES SGSSI Y/O PARAFISCALES

Nota. El REGISTRO DE INGRESO A ALMACÉN será cargado al sistema por el Almacén General de la Entidad

Para cargar los documentos, el contratista debe ingresar con su usuario y contraseña a la plataforma del SECOP II, dando clic en el contrato suscrito con el Invima. Ingresar al numeral 7 "Ejecución del Contrato" y en la sección "Plan de Pagos" dar clic en "Registro"; seguidamente diligenciar la información solicitada y anexar los documentos mencionados en formato PDF.

Para el caso de los proveedores, deberán adjuntar la copia de la Factura para pago, la cual debe contar con el recibido por parte de la entidad, a través del supervisor.

Nota: Si en la sección Plan de Pagos no aparece el botón Registro, el contratista debe comunicarse con el Grupo de Gestión Contractual para que éste genere un código de autorización para el cargue de la información.

2. Radicar Documentos en físico en el Grupo Financiero y Presupuestal - GFP para el pago respectivo.

	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	**LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS**	**NIT/ CC No.**	52981172
CORREO ELECTRÓNICO	lbautistar@invima.gov.co	**TELÉFONO**	313 7810613
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**430 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-07-29**
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 EDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-29**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-30**	**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 del 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**550458200097616**

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		**9467144062**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-03**	**2024-05-16**	**$ 276.100,00**	**EPS ALIANZA SALUD**
PENSIÓN	**2024-03**	**2024-05-16**	**$ 353.500,00**	**PROTECCIÓN**
ARL	**2024-03**	**2024-05-16**	**$ 11.600,000**	**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	16	

Gloria Cecilia Peñuela S	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	**AAAA-MM-DD**
GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ **Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.** **Supervisor del Contrato 430 DE 2024**	**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.

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 52981172		BAUTISTA RIOS LUCY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 99 #69a-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5238354	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	641398075	9467144062	I	2024/04/16	2024/05/16	BANCO DE BOGOTA	30	$657,200

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)																					$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800		$11,600		$0	$0		$641,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800		$11,600		$0	$0		$641,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800		$11,600		$0	$0		$641,200
1	CC	52981172 BAUTISTA LUCY							X		X								23100 1	30	$2,208,800	$353,500	EPS001	30	$2,208,800	$276,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,208,800	0.522%	$11,600	0	$0	$0	No	$641,200
Total		**Afiliados(1)**																			$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800		$11,600		$0	$0		$641,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52981172		BAUTISTA RIOS LUCY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 99 #69a-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5238354	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	641398075	9467144062	I	2024/04/16	2024/05/16	BANCO DE BOGOTA	30	$657,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$8,800	$0	$362,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$353,500	$8,800	$0	$362,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$300	$0	$11,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$300	$0	$11,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$6,900	$0	$283,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$276,100	$6,900	$0	$283,000
TOTAL				**1**	**$641,200**	**$16,000**	**$0**	**$657,200**

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	430 DE 2024			
CONTRATISTA:	LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS		**NIT / C.C No. :**	*52981172*
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:	**2024-01-29**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2024-07-28**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-29**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-28**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-04-01**	**HASTA:**	**2024-04-31**
PAGO NÚMERO:	**3**		**DEPENDENCIA:**	Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**			

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Evaluación y respuesta de correspondencia	APROBAR	radicado evaluado con resolución
2	Capacitaciones, reuniones y actividades varias	APROBAR	radicado evaluado con resolución
3	Modificación de Etiquetado	APROBAR	radicado evaluado con resolución
4	Modificación de Etiquetado	APROBAR	radicado evaluado con resolución
5	Modificación de Etiquetado	APROBAR	radicado evaluado con resolución
6	Modificación de Etiquetado	APROBAR	radicado evaluado con resolución
7	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
8	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
9	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución

10	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
11	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	Registro sanitario nuevo en estudio
12	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	Desistimiento
13	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	REQUERIR	Registro sanitario nuevo en estudio
14	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	DESISTIMIENTO	el radicado no se encuentra en aplicativo de registros
15	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	PARCIAL	el radicado no se encuentra en aplicativo de registros
16	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	PARCIAL	radicado evaluado con resolución
17	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	PARCIAL	radicado evaluado con resolución
18	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
19	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
20	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
21	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
22	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
23	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
24	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
25	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
26	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
27	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
28	Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
29	Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	APROBAR	radicado evaluado con resolución

30	Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
31	Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
32	Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	APROBAR	radicado evaluado con resolución
33	Evaluación inserto/IPP/Modificaciones (Expedientes adicionales)	APROBAR	radicado evaluado con resolución

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

1. 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. AUTORIZACIÓNDE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

2. 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)
3	$ 5.522000	$ 5.522.000	30	$580.500	9466439396	APORTES EN LINEA

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.566.000
Saldo del contrato	$ 16.565.906

4. 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
PAGO 3 CONTRATO 430 DE 2024	X	

Atentamente,

Lucy Andrea Bautista Ríos

Firma
LUCY ANDREA BAUTISTA RIOS
Contratista
C.C. No. 52.981.172

Recibí a satisfacción:

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
Supervisor del Contrato 430 DE 2024