| | 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** | **$ 11.044.000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5.522.000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 5.522.000** | **VALOR PAGADO** | **27.610.000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **PAGO 5** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **30 de MAYO al 29 de JUNIO 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** | | **9469346430** | | |
|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **2024-06** | **2024-07-08** | **$ 276.100,00** | **EPS ALIANZA SALUD** |
| **PENSIÓN** | **2024-06** | **2024-07-08** | **$ 353.500,00** | **PROTECCIÓN** |
| **ARL** | **2024-06** | **2024-07-08** | **$ 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 | 7 | 22 |

| | | |
|---|---|---|
| Gloria Cecilia Peñuela S | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| | **Nombre** | |
| | **Fecha de revisado:** | **AAAA-MM-DD** |
| **GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**<br>**Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.**<br>**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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 760389559 | 9469346430 | I | 2024/07/17 | 2024/07/08 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $641,200 |

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 760389559 | 9469346430 | I | 2024/07/17 | 2024/07/08 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $641,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

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

| | 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:** | **2024-06-01** | **HASTA:** | **2024-06-30** |
| **PAGO NÚMERO:** | **5** | | **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 | | |
| **2** | Capacitaciones, reuniones y actividades varias | | |
| **3** | Modificación de Etiquetado | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **4** | Modificación de Etiquetado | ACLARACIÓN SALA | EL INTERESADO SOLICITA EVALUACIÓN DE DOSIFICACIÓN |
| **5** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **6** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **7** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **8** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **9** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **10** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **11** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **12** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **13** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **14** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **15** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **16** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **17** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **18** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | OFICIO EN SE SUITE |
| **19** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| **20** | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | ACLARACIÓN SALA | EL INTERESADO SOLICITA EVALUACIÓN DE DOSIFICACIÓN |
| 21 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 22 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 23 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 24 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | PENDIENTE | EL INTERESADO SOLICITA EVALUACIÓN DE DOSIFICACIÓN |
| 25 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 26 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | ACLARACIÓN SALA | EL INTERESADO SOLICITA EVALUACIÓN DE DOSIFICACIÓN |
| 27 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 28 | Evaluación de inserto/IPP/Modificaciones (Estudio inicial) | APROBAR | tramite evaluado con acto administrativo |
| 29 | CORRECCIONES | APROBAR | |
| 30 | CORRECCIONES | APROBAR | |
| 31 | CORRECCIONES | APROBAR | |

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | $ 5.522000 | $ 5.522.000 | 30 | $642400 | 9469346430 | APORTES EN LINEA |

## 3. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 33.132.000 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 27.610.000 |
| Saldo del contrato | $ 5.522.000 |

## 4. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

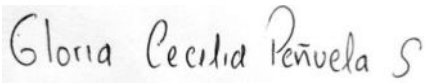
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| PAGO 5 CONTRATO 430 DE 2024 | X | |

Atentamente,



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

Recibí a satisfacción:



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