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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*377 de 2024*			
CONTRATISTA:	IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI		**NIT / C.C No. :**	*1032439564*
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los 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 técnicos de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**26 de enero de 2024**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**181 días**
FECHA DE INICIO:	**26 de enero de 2024**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**25 de julio de 2024**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-05-26**	**HASTA:**	**DE: 2024 –06-25**
PAGO NÚMERO:	**5**		**DEPENDENCIA:**	**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**			

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 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.**	**Se realiza el estudio de documentos aportados por el interesado mediante solicitud de registro sanitario para renovación de registro:** **20241096836** **20241097230** **20241110408** **20241101627** **20241120138** **20231211341** **20231211346** **20231211355** **20231211360** **20231211367** **20231211374** **20231211379** **20231211385** **20231211388** **20231211399**	**Se cargan formatos FIE en la carpeta Sharepoint> o 365_ BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA_GASECR > FIES 2024 > Ivonne Organista**
2	**Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.**	**No se requirió apoyo en estas actividades**	**Se cargan formatos FIE en la carpeta Sharepoint> o 365_ BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA_GASECR > FIES 2024 > Ivonne Organista** **Se realizó envío para agendamiento mediante correo electrónico**

3	**Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.**	**No se requirió apoyo en estas actividades**	**No aplica**
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 generan los siguientes actos administrativos:** **20211043453** **20211043459** **20211072749** **20211089820** **20211089825** **20211089828** **20211089831** **20211025311** **20211028863** **20211072746** **20211089471**	**Se realizó cargue de acto administrativo en el aplicativo de registro sanitario**
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.**	**REUNIÒN DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL: UNIFICACION DE CRITERIOS GASECR 06/06/2024 1 a 3 pm -**	**No aplica**
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.**	**Reuniones asistidas:** **Citas de atención al usuario: Capacitación: Sistema de Información SESUITE - Correspondencia y PQRDS 20/06/20248:30 a 10:30 am - Charla Manejo del Estrés 10 a 11 am - Invitación a Capacitación: Sistema de Información SESUITE 25/06/2024 8 a 10 am - Capacitación: Sistema de Información SESUITE - Correspondencia y PQRDS 27/06/2024 2 a 4 pm**	**Se visualiza en Teams agenda programada y en listado de asistencias**
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 requirió apoyo en estas actividades**	**No aplica**
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.**	**Se completa datos en aplicativo de registro sanitario:** **20211043453** **20211043459** **20211072749** **20211089820** **20211089825** **20211089828** **20211089831** **20211025311** **20211028863** **20211072746** **20211089471**	**Aplicativo de Registro Sanitario**

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.**	**Respuesta de correspondencia: 20241138082- 20241147385** **2 Respuesta de tutelas de acuerdo con el apoyo solicitado**	**Correo electrónico y Aplicativo se suite**

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 Junio 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)
5	2.208.800	40%	30	645.200	1065346948	Pago simple

5. 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

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
5	X	

Atentamente,



Ivonne Maritza Organista Insuasti
Contratista
C.C. No. 1.032.439.564

Recibí a satisfacción:



Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinador (a) del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 377 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	**IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI**	**NIT/ CC No.**	1032439564
CORREO ELECTRÓNICO	iorganistai@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3133863964
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**377 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**25 de julio de 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**Prestar los 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 de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-25**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-26**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-25**

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**	**5**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**26 de mayo al 25 de junio de 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**.0550476000107229**

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	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		**1065346948**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024- 06**	**24/07/2024**	**276.100**	**FAMISANAR EPS**
PENSIÓN	**2024- 06**	**24/07/2024**	**353.500**	**PROTECCIÓN**
ARL	**2024- 06**	**24/07/2024**	**11.600**	**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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**	
	2024	7	24	

Gloria Cecilia Peñuela S

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ

Coordinador (a) del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-24, 11:33:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065346948

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 24/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI		
Documento	CC1032439564	**Dirección**	CL 17 #2 A - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8261490
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUNZA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032439564	IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.208.800	$ 353.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.208.800	$ 276.100	0,522	$ 2.208.800	$ 11.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.208.800	$ 2.208.800	$ 2.208.800	$ 0	$ 353.500	$ 276.100	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 641.200	$ 4.000	$ 645.200

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.