	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	**MARIBEL MEJIA ORTIZ**	**NIT/ CC No.**	43970665-5
CORREO ELECTRÓNICO	maribel.mejia@udea.edu.co	**TELÉFONO**	3017130866
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	**410 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**180 días**
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	**2024-01-26**	**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	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**00203812931**

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

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**7918372703**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**mar-24**	**2024-04-15**	**$ 276.000**	**EPS SURA**
PENSIÓN	**mar-24**	**2024-04-15**	**$ 353.300**	**PROTECCION**
ARL	**mar-24**	**2024-04-14**	**$ 11.600**	**ARP-POSITIVA COMPAÑIA 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	6	5

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
COORDINADORA GRUPO DE APOYO SALA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43970665
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIBEL MEJIA ORTIZ MEJIA ORTIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 22 # 51A-24	TELÉFONO:	6802703
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7918372703**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		575881278

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 353.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 353.300	$ 0	$ 353.300
SUBTOTALES:										**$ 353.300**	**$ 0**	**$ 353.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 276.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 276.000	$ 0	$ 0	$ 276.000
SUBTOTALES:													**$ 276.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 276.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.600	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 11.600
SUBTOTALES:									**$ 11.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 43970665	MEJIA ORTIZ MARIBEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.208.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2.208.000	$ 353.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 353.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.208.000	$ 276.000	$ 0	$ 276.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.208.000	43970665	$ 11.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 640.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43970665
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIBEL MEJIA ORTIZ MEJIA ORTIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 22 # 51A-24	TELÉFONO:	6802703
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7918372703**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		575881278

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 353.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 353.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 276.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 276.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 11.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 640.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 640.900**

Planilla Pagada

	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	*410 de 2024*			
CONTRATISTA:	MARIBEL MEJIA ORTIZ		**NIT / C.C No. :**	*43970665-5*
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	TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL PESOS ($33.132.000)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-02-29**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**180 días**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-29**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-03-30**	**HASTA:**	**2024-04-30**
PAGO NÚMERO:	**TRES (3)**		**DEPENDENCIA:**	**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**			

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.	Durante este periodo no se realizó esta actividad.	N/A
2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Se realizaron evaluaciones correspondientes a los siguientes trámites de bioequivalencia asignados, con los siguientes números de radicado: 2021111380 20211287515 20241028832	FIEs con evaluación de los trámites asignados en carpeta compartida de SharePoint del Grupo Sala Especializada de Medicamentos: Documentos > FIES 2024 > ABRIL > BIOEQUIVALENCIA> MARIBEL MEJIA ORTIZ

		20211277247	MARIBEL MEJIA ORTIZ
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	Durante este periodo no se realizó esta actividad.	N/A
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 elaboraron y gestionaron respuestas a trámites de evaluación de estudios de bioequivalencia a través de correspondencia interna y se dio respuesta a PQRS asignadas.	Aplicativo de correspondencia SeSuite Correspondencia saliente asociada a respuesta a los siguientes tramites: 20243008643 (Trámite Rad 20211287515) 20243008456 (Trámite Rad. 20241028832) 20243008690 (Trámite Rad. 20211277247) Respuesta a PQRS radicados n°20241056830 y 20241068962
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.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas	N/A
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.	Se participa en cada una de las reuniones programadas: para el grupo de apoyo de sala especializada y comités de bioequivalencia.	Asistencia a citas a Atención a usuarios Citas N° 43644, 44624 Listados de asistencia a reuniones internas y externas, actas de asistencia en el aplicativo Microsoft Teams.
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.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas	N/A

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.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas	N/A
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.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas	N/A

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.	N/A	N/A	N/A	N/A
……	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 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)
1	$5.520.000	$2.208.000	30	$ 640.900	**7918372703**	Soi planilla

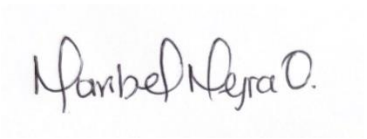
5. BALANCE FINANCIERO

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

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
03	X	

Atentamente,



Maribel Mejía Ortiz
Contratista
C.C. No. 43970665

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Apoyo Salas Especializadas de Medicamentos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 410 de 2024