	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	**Lizeth Yurany Gallo Gomez**	**NIT/ CC No.**	52518381
CORREO ELECTRÓNICO	lygallo@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3022862446
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	**441 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**180 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL ESTUDIO DE LA INFORMACION DEL MODULO 5 (BIOEQUIVALENCIA Y MODIFICACIONES FARMACOLÓGICAS), ENTRE OTRAS, DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN UN CONCEPTO TÉCNICO 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**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-02-01**	**FECHA DE INCIO**	**2024-02-01**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-30**

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**	**PAGO 2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(01 marzo al 30 de marzo)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**8970335322**

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		**7915859598 - 7924045927 - 7924071847**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**MARZO**	**27/02/2024 y 25/04/2024**	**$162.500 y $114.000**	**EPS COMPENSAR**
PENSIÓN	**MARZO**	**27/02/2024 y 25/04/2024**	**$208.000 y $146.500**	**COLPENSIONES**
ARL	**MARZO**	**2024-04-25**	**$ 11.700**	**SURA**

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	4	26

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52518381
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIZETH YURANY GALLO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 48 28 71 APARTAMENTO	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7924071847**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		596576260

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7924045927	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/04/25

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 11.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 11.600**
VALOR MORA:	**$ 100**
TOTAL PAGADO:	**$ 11.700**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52518381
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIZETH YURANY GALLO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 48 28 71 APARTAMENTO	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7915859598**		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):		2024/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		477675204

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		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
SUBTOTAL:			1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 162.500
SUBTOTAL:			1	**$ 162.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 7.800
SUBTOTAL:			1	**$ 7.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 378.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 378.300**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52518381
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LIZETH YURANY GALLO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 48 28 71 APARTAMENTO	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7924045927**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		596334473

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7915859598	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/02/27

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 146.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 146.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 114.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 114.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 5.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 264.600**
VALOR MORA:	**$ 1.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 266.500**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14988019214

(415)7707212489984(8020) 000001498801921 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 5 1 8 3 8 1	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52518381	2000 09 25

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALLO	GOMEZ	LIZETH	YURANY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL AUTOPISTA NORTE A 4756

42. Correo electrónico: qflizeth@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3022862446	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7490	2024 02 01	6910	2024 01 01				3423	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 12 / 15 : 36: 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GALLO GOMEZ LIZETH YURANY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista:
Identificación:

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI (x) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI (x) NO ( )

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   2.1. Declaro que: SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI,** diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (x): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (x);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 6 marco **S**I diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
Juan Sebastián Suárez Gallo	11 años	Hijo	RC	1013016644

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Pagos adicional por salud SI (X) NO ( ) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.

8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI (X) NO ( ) anexo certificación.

8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

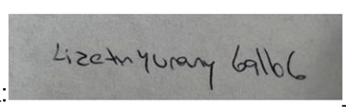
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de _____Bogotá _____ a los 15__ días del mes de _abril _ del 2024

Firma: 

_____

Nombres y Apellidos: Lizeth Yurany Gallo Gomez
C.C. |52518381 Btá

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **06/03/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
INVIMA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LIZETH YURANY GALLO GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52518381**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**008970335322**
Fecha de apertura	**23/07/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	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	***441 de 29 de enero de 2024***			
CONTRATISTA:	LIZETH YURANY GALLO GOMEZ		**NIT / C.C No. :**	*52518381*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL AGENDAMIENTO Y ESTUDIO DE LOS TRAMITES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN CONCEPTO TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DENTRO DEL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS 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 M/CTE ($33.132.000,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-02-01		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	180 DÍAS
FECHA DE INICIO:	2024-02-01		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-30
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-03-01**	**HASTA:**	**2024-03-31**
PAGO NÚMERO:	**2**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Seguimiento Plan de trabajo	Reunión Virtual Teams	N.A
2	Atención a usuarios	Cita de atención Usuario No: Cita N°42243, Cita No 42342, Cita N°42557 Cita N°42843, Cita N°42884; Cita N°42888	Actas enviadas

<table>
<tr>
<td>6</td>
<td>Realizar la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas y tramites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para e</td>
<td>Se realiza el estudio de documentos aportados por el interesado mediante solicitud de modificación de registro sanitario:
<table>
<tr><th>RADICADO</th><th>EXPEDIENTE</th><th>NOMBRE</th></tr>
<tr><td>20221012783</td><td>94321</td><td>ATROPINA 1 %</td></tr>
<tr><td>20221087889</td><td>19963423</td><td>HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 mg IBUPROFENO 400 mg</td></tr>
<tr><td>20221088006</td><td>229857</td><td>IBUPROFENO 200 mg CAFEINA ANHIDRA 30 mg</td></tr>
<tr><td>20221089061</td><td>36471</td><td>PROFENID INYECTABLE 100 mg/2mL</td></tr>
<tr><td>20221091936</td><td>20071938</td><td>DOLUTEGRAVIR 50,00 mg</td></tr>
<tr><td>20221092718</td><td>20001288</td><td>CALMIDOL MAX IBUPROFEN+CAFEINA TAB 400MG+65MG</td></tr>
<tr><td>20221094769</td><td>19905280</td><td>INFLIXIMAB 100 MG</td></tr>
<tr><td>20221125258</td><td>20011084</td><td>PREDNISOLONA Tabletas x 5mg</td></tr>
<tr><td>20221132312</td><td>20137853</td><td>APALUTAMIDA 60 MG</td></tr>
<tr><td>20221132418</td><td>226463</td><td>CLONIXINATO DE LISINA 125.0 mg TARTRATO DE ERGOTAMINA 1.0 mg</td></tr>
<tr><td>20221141658</td><td>51330</td><td>ibuprofeno 400mg tabletas archivo con error</td></tr>
<tr><td>20221143926</td><td>55502</td><td>ketoprofeno 100mg tabletas</td></tr>
<tr><td>20221143943</td><td>1980020</td><td>ibuprofeno 800mg tabletas</td></tr>
<tr><td>20221144206</td><td>11699</td><td>ketoprofeno gel</td></tr>
<tr><td>20221144552</td><td>20129546</td><td>ACETAMINOFEN CD 90% EQUIVALENTE A ACETAMINOFEN 250 mg CAFEINA ANHIDRA 65 mg</td></tr>
<tr><td>20221146742</td><td>19927727</td><td>IBUPROFENO SUSPESIÓN</td></tr>
<tr><td>20221155993</td><td>1982997</td><td>KETOPROFENO 100MG/2ML SOLUCION INYECTABLE</td></tr>
<tr><td>20221143956</td><td>19937803</td><td>PRALIDOXIMA</td></tr>
<tr><td>20221144189</td><td>20003706</td><td>METFORMINA CLORHIDRATO + VILDAGLIPTINA 500</td></tr>
<tr><td>20221144195</td><td>19998393</td><td>METFORMINA CLORHIDRATO + VILDAGLIPTINA 850</td></tr>
<tr><td>20221144200</td><td>19998394</td><td>METFORMINA CLORHIDRATO + VILDAGLIPTINA1000</td></tr>
<tr><td>20221144568</td><td>32375</td><td>DICLOFENACO SODICO</td></tr>
<tr><td>20221144708</td><td>35988</td><td>TINIDAZOL</td></tr>
<tr><td>20221144818</td><td>20039088</td><td>AFLIBERCEPT</td></tr>
<tr><td>20221146392</td><td>20019744</td><td>BUDESONIDA</td></tr>
<tr><td>20221146486</td><td>20052598</td><td>HIDROSMINA</td></tr>
<tr><td>20221012783</td><td>94321</td><td>ATROPINA 1 %</td></tr>
<tr><td>20221087889</td><td>19963423</td><td>HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 mg IBUPROFENO 400 mg</td></tr>
<tr><td>20221088006</td><td>229857</td><td>IBUPROFENO 200 mg CAFEINA ANHIDRA 30 mg</td></tr>
</table>
</td>
<td>Carpeta de FIES Marzo Lizeth Biblioteca</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir para los trámites de registro sanitario y tramites asociados</td>
<td>ACTOS ADMINISTRATIVOS
<table>
<tr><th>AREA DE TRABAJO APLICATIVO DE REGISTROS</th><th>ETAPA</th></tr>
<tr><td>20221069819</td><td>en abogado</td></tr>
<tr><td>20221073169</td><td>en abogado</td></tr>
<tr><td>20221073793</td><td>pendiente correción</td></tr>
<tr><td>20221144195</td><td>pendiente diligenciar</td></tr>
<tr><td>20221144200</td><td>pendiente diligenciar</td></tr>
<tr><td>20221012783</td><td>pendiente aprobación de corrección</td></tr>
<tr><td>20221059051</td><td>completar datos</td></tr>
</table>
</td>
<td>Resoluciones y autos en aplicativo de registro sanitario área de trabajo y completar datos</td>
</tr>
</table>

		20221061301 por hacer 20221067240 completar datos 20221069812 elaborar auro 20221073166 pendiente abogado 20221073788 completar datos 20221088006 completar datos 20221089056 completar datos 20221094769 pendiente abogado 20221132312 por corregir 20221132418 corrección auto 20221141658 pendiente abogado 20221132312 corregir resolución 20221132418 finalizar auto 20221143956 por realizar acto administrativo 20221144189 completar datos 20221144568 completar datos 20221144818 completar datos 20221146392 pendiete corrección 20221146486 por hacer 20221146742 pendiente abogado	
8	Gestión de Correspondencia	Radicados 20241032386 20241042278	Modulo correspondencia 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 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	5.522.000	40%	30	$641.200	7916828335	Aportes en línea

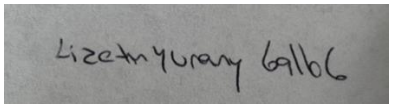
5. BALANCE FINANCIERO

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
2	X	

Atentamente,



Lizeth Yurany Gallo Gomez
Contratista
C.C. No. 52.518.381 de Bogotá.

Recibí a satisfacción:



Firma
Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 413 de 2024