	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	**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 INFORMACIÓN DEL MÓDULO 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**	**$ 11,044,000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5,522,000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 5,522,000**	**VALOR PAGADO**	**$ 5,522,000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 5**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(01 junio al 30 de junio)**
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		**7931535581**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**JUNIO**	**2024-07-24**	**$277,400**	**EPS COMPENSAR**
PENSIÓN	**JUNIO**	**2024-07-24**	**$355,100**	**COLPENSIONES**
ARL	**JUNIO**	**2024-07-24**	**$ 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	8	8



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ

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

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

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:	**7931535581**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		797397639

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	$ 355.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 355.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 277.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 277.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 13.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 11.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 654.500**
VALOR MORA:	**$ 3.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 657.600**

Planilla Pagada

	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	***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:**	**2024-06-01**	**HASTA:**	**2024-06-30**
PAGO NÚMERO:	**5**		**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	REUNION SEGUIMIENTO SEMESTRAL UNIFICACION DE CRITERIOS GASECR 06/06/2024 1PM 3PM	N.A

2

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

Se realiza el estudio de documentos aportados por el interesado mediante solicitud de modificación de registro sanitario:

PRODUCTO	RADICADO	EXPEDIENTE	FECHA	CATEGORIA
VENLAFAXINA CLORHIDRATO 42.43MG EQUIVALENTE A VENLAFAXINA BASE	20241117637	19931663	15/05/2024	Decreto 334
IOBITRIDOL(EQUIVALENTE A 35%P/V DE YODO)	20241117615	20060332	15/05/2024	Decreto 334
GANCICLOVIR	20241117619	20031073	15/05/2024	Decreto 334
DICLOFENACO SODICO	20221144568	32375	15/07/2022	Derecho al turno
CARMUSTINA	20221038687	20224252	29/03/2022	Solicitud Registros
METFORMINA + VILDAGLIPTINA	20221103827	20228890	2/06/2022	Solicitud Registros
ANASTROZOL	20221195595	20236661	31/08/2022	Solicitud Registros
IBUPROFENO	20221280867	20243268	30/12/2022	Solicitud Registros
ANASTROZOL	20231053156	20249105	2/03/2023	Solicitud Registros
LETROZOL	20231053497	20249141	2/03/2023	Solicitud Registros
KETOCONAZOL	20221203708	20237549	9/09/2022	Solicitud Registros
KETOCONAZOL	20231095970	20252598	13/04/2023	Solicitud Registros
SUCCINATO SODICO DE METILPREDNISOLONA	20231062946	53896	14/03/2023	Derecho al turno
METILPREDNISOLONA	20231062947	29822	14/03/2023	Derecho al turno
METILPREDNISOLONA	20231063256	34501	14/03/2023	Derecho al turno
METILPREDNISOLONA MICRONIZADA	20231063267	46144	14/03/2023	Derecho al turno
IBUPROFENO	20231109266	19900510	26/04/2023	Derecho al turno
NUCLEO: IBUPROFENO	20231116794	19900511	4/05/2023	Derecho al turno
IBUPROFENO	20231116800	31330	4/05/2023	Derecho al turno
IBUPROFENO	20231116802	40514	4/05/2023	Derecho al turno
CARMUSTINA	20231144086	20156035	31/05/2023	Derecho al turno
ACETATO DE PREDNISOLONA + GATIFLOXACINA	20231159044	20021215	16/06/2023	Derecho al turno
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + IBUPROFENO	20231181563	19963423	11/07/2023	Derecho al turno
CAFEINA ANHIDRA + IBUPROFENO	20231183490	229857	12/07/2023	Derecho al turno
CAFEINA ANHIDRA + IBUPROFENO A DE IBUPROFENO)	20231183513	20001288	12/07/2023	Derecho al turno

Carpeta de FIES junio Lizeth Biblioteca

3

Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir para los trámites de registro sanitario y tramites asociados

PRODUCTO	RADICADO	XPEDIENT	FECHA	CATEGORIA	FIE	RESOLUCIÓN
VENLAFAXINA CLORHIDRATO 42.43	20241117637	19931663	15/05/2024	Decreto 334	OK	OK
IOBITRIDOL(EQUIVALENTE A 35%P/	20241117615	20060332	15/05/2024	Decreto 334	OK	OK
GANCICLOVIR	20241117619	20031073	15/05/2024	Decreto 334	OK	OK
DICLOFENACO SODICO	20221144568	32375	15/07/2022	Derecho al turno	OK	OK
CARMUSTINA	20221038687	20224252	29/03/2022	Solicitud Registros	OK	OK
METFORMINA + VILDAGLIPTINA	20221103827	20228890	2/06/2022	Solicitud Registros	OK	OK
ANASTROZOL	20221195595	20236661	31/08/2022	Solicitud Registros	OK	OK
IBUPROFENO	20221280867	20243268	30/12/2022	Solicitud Registros	OK	OK
ANASTROZOL	20231053156	20249105	2/03/2023	Solicitud Registros	OK	OK
LETROZOL	20231053497	20249141	2/03/2023	Solicitud Registros	OK	OK
KETOCONAZOL	20221203708	20237549	9/09/2022	Solicitud Registros	OK	OK
KETOCONAZOL	20231095970	20252598	13/04/2023	Solicitud Registros	OK	OK
SUCCINATO SODICO DE METILPRED	20231062946	53896	14/03/2023	Derecho al turno	OK	OK
METILPREDNISOLONA HEMISUCCIN	20231062947	29822	14/03/2023	Derecho al turno	OK	OK
METILPREDNISOLONA	20231063256	34501	14/03/2023	Derecho al turno	OK	OK
METILPREDNISOLONA MICRONIZAD	20231063267	46144	14/03/2023	Derecho al turno	OK	OK
IBUPROFENO	20231109266	19900510	26/04/2023	Derecho al turno	OK	OK
NUCLEO: IBUPROFENO	20231116794	19900511	4/05/2023	Derecho al turno	OK	OK
IBUPROFENO	20231116800	31330	4/05/2023	Derecho al turno	OK	OK
IBUPROFENO	20231116802	40514	4/05/2023	Derecho al turno	OK	OK
CARMUSTINA	20231144086	20156035	31/05/2023	Derecho al turno	OK	OK
ACETATO DE PREDNISOLONA + GA	20231159044	20021215	16/06/2023	Derecho al turno	OK	OK
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + IBUF	20231181563	19963423	11/07/2023	Derecho al turno	OK	OK
CAFEINA ANHIDRA + IBUPROFENO	20231183490	229857	12/07/2023	Derecho al turno	OK	OK
CAFEINA ANHIDRA + IBUPROFENO (	20231183513	20001288	12/07/2023	Derecho al turno	OK	OK

TRAMITES TORALES PENDIENTES EN APLICATIVO DE REGISTRO SANITARIO			
MEDICAMENTO	RADICADO	EXPEDIENTE	DESCRIPCION
KLARICID UD	20221069819	20086452	TIENE TRAMITE PREVIO EN CURSO NO SE PUEDE EVACUAR ANTERIOR O SE DESISITIMIENTO
B-VIT CAPSULA	20221061301	20045393	SE SOLICITO PASAR A VENTA LIBRE SE ENVIO A LA SALA Y AUN NO HAY RESPUESTA
KLARICID® TABLETAS 500 MG	20221069812	19961994	EL AUTO NO SE DEJA REALIZAR EN LA PAGINA
PREDNISOLONA TABLETAS 5MG	20221125258	20011084	TIENE TRAMITE PREVIO EL CUAL DEBE SER EVACUADO
TINIDAZOL OVULOS	20221144708	35988	REALIZAR NUEVAMENTE/ AUTO INCOMPLETO

Resoluciones y autos en aplicativo de registro sanitario área de trabajo y completar datos, registros sanitarios nuevos correspondencia

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**	**$657.600**	**7931535581**	**Aportes en línea SOI**

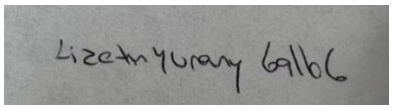
5. BALANCE FINANCIERO

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

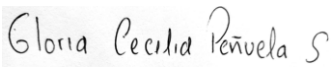
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
5	X	

Atentamente,



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