aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72263048		BENJUMEA GUZMAN ELIAS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26b 74b 179	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006770204	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	764007559	9466195773	I	2024/05/14	2024/07/09	NEQUI	56	$669,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800	$11,600		$0	$0
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
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800	$11,600		$0	$0
1	CC 72263048	BENJUMEA ELIAS	231001	30	$2,208,800	$353,500	EPS010	30	$2,208,800	$276,100		0	$0	$0	14-11	30	$2,208,800	$11,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$0	$0			$2,208,800	$11,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72263048		BENJUMEA GUZMAN ELIAS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26b 74b 179	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006770204	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	764007559	9466195773	I	2024/05/14	2024/07/09	NEQUI	56	$669,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$15,600	$0	$369,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$353,500	$15,600	$0	$369,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$600	$0	$12,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,600	$600	$0	$12,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$12,200	$0	$288,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$276,100	$12,200	$0	$288,300
TOTAL				**1**	**$641,200**	**$28,400**	**$0**	**$669,600**

	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	**Elías David Benjumea Guzman**	**NIT/ CC No.**	72263048
CORREO ELECTRÓNICO	ebenjumeag@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3006770204
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	**402 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**25/07/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	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.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-16**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-26**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-25**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 33.132.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 16.566.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 11.044.000**	**VALOR PAGADO**	**22.088.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 4)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(26 de Abril al 25 de Mayo del 2024)**
BANCO	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**142194174**

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)

N.A.

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

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9466195773**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-04**	**2024-07-09**	**276100**	**SURA**
PENSIÓN	**2024-04**	**2024-07-09**	**353500**	**COLFONDO**
ARL	**2024-04**	**2024-07-09**	**11600**	**ARL 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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución 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	9

Gloria Cecilia Peñuela S

Gloria Cecilia Peñuela Sanchez
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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.

	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	*402 de 2 024*			
CONTRATISTA:	Elías David Benjumea Guzmán		**NIT / C.C No. :**	*72263048*
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:	2024-01-26		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	2024-07-25
FECHA DE INICIO:	2024-01-26		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-04-26**	**HASTA:**	**2024-05-25**
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Apoyar en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.**	**----------**	**----------**
2	**Apoyar en él envió de solicitudes de tramites asociados a los registros sanitarios que requieren conceptos por parte de las salas especializadas de la Comisión Revisora.**	**Taller / Presentación caso recurso de reposición GSK / Truimeq.**	**Respuesta a Recurso de reposición**

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
3	**Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de insertos e información para prescribir y estudios de bioequivalencia.**	**----------**	**----------**
4	**Elaborar preconceptos técnicos de estudios de Biodisponibilidad y Bioequivalencia asociados a trámites de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química.**	***Evaluación de trámites de bioequivalencia:*** • **20221058340 FIE-1348** • **20221090780 FIE-1337** • **20221118613 FIE-1331** • **20221118639 FIE-1332** • **20221153161 FIE-1363** • **20221156763 FIE-1365** • **20221156769 FIE-1367**	**Trámites de bioequivalencia cargados en el Share Point, en la carpeta: Documentos- FIES 2024 - Mayo** **Comunicaciones Internas en el aplicativo Sesuite**
5	**Apoyar en la resolución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del instituto, con relación con la evaluación farmacológica de registros sanitarios y tramites asociados, aportando los soportes correspondientes.**	**Se dio respuesta a correspondencias y PQRSD bajo radicados No.:** 1. **PQRSD Rad 20241097756.** 2. **PQRSD Rad 20241115563.** 3. **PQRSD Rad 20241119742.** **Atenciones al usuario:** **Fecha: 2024/05/10** 1. **Cita N° 48820 Salas - Atención a usuarios Laboratorios Richmond**	**Con respecto a las correspondencias y PQRDS se tienen las siguientes evidencias:** • **Cargue en el aplicativo SeSuite.** • **Notificación comunicación PQRDS, allegada por correo electrónico.** **Atenciones al usuario mediante la herramienta Microsoft Teams y generación de la respectiva Actas de Atención.**

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
		Colombia S.A.S Hora 08:00 am – 08:20 am.	
6	**Apoyar en las actividades de 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.**		
7	**Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.**	***Reuniones y Capacitaciones:*** ***Capacitaciones:*** • **Caso de estudios de Bioequivalencia con Marcel: Fecha: 2024/05/06 Hora: 7:00 am-8:00 am** • **Caso de estudios de Bioequivalencia: Fecha: 2024/05/17 Hora: 2:00am-5:00 am**	**Las reuniones fueron mediante la herramienta Microsoft Teams.**

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. 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

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 2023.

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	2.208.800	6	641200	9467697936	Aportes en línea

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	33.132.000,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	22.088.000
Saldo del contrato	11.044.000

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

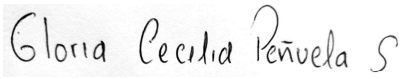
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	

Atentamente,



Elías David Benjumea Guzmán
Contratista
C.C. No. 72.263.048 de Barranquilla.

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