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
2024-06	2024-06	841547284	9471277715	I	2024/07/11	2024/08/13	BANCO DE BOGOTA	33	$657,200

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
2024-06	2024-06	841547284	9471277715	I	2024/07/11	2024/08/13	BANCO DE BOGOTA	33	$657,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$8,800	$0	$362,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$353,500	$8,800	$0	$362,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$300	$0	$11,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,600	$300	$0	$11,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$6,900	$0	$283,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$276,100	$6,900	$0	$283,000
TOTAL				1	$641,200	$16,000	$0	$657,200

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
2024-07	2024-07	841559532	9470476126	I	2024/08/13	2024/08/13	BANCO DE BOGOTA	0	$641,200

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

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
2024-07	2024-07	841559532	9470476126	I	2024/08/13	2024/08/13	BANCO DE BOGOTA	0	$641,200

RESUMEN DE PAGO

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

	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

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**Elias 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**	**$ 5.522.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 33.132.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 6)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(26 de Junio al 25 de Julio 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		**9471277715 / 9470476126**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**276100**	**SURA**
PENSIÓN	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**353500**	**COLFONDO**
ARL	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**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	8	13

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.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*402 de 2024*			
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:	2024-01-16		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	180 DÍAS
FECHA DE INICIO:	2024-01-26		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-25
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-06-26**	**HASTA:**	**2024-07-25**
PAGO NÚMERO:	**6**		**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.**	**----------**	**----------**

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:*** • **FIE 1388 Radicado 20221285488 Arudil® 20 mg Tableta Recubierta** • **FIE 1387 Exp 20246992 Rad. 20221285501 Arudil® Rivaroxabán 15 mg Tabletas Recubiertas** • **PND 125 Radicado 20241062219 Divalproato de Sodio Retard Equivalente a 250 mg Acido Valproico**	**Trámites de bioequivalencia cargados en el Share Point, en la carpeta: Documentos- FIES 2024- Julio**
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.:** ○ **20211113521 Amphonex Anfotericina B Liposomal**	**Con respecto a las correspondencias y PQRDS se tienen las siguientes evidencias:** • **Cargue en el aplicativo SeSuite.** • **Notificación comunicación PQRDS, allegada por correo electrónico.**
6	**Apoyar en las actividades de implementación de proyectos, guías, formatos,**	**----------**	**----------**

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
	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:*** • **Bienestar: Salud Mental** **Fecha: 2024/07/09** **Hora: 3:30 pm a 5:00pm** • **Atención al usuario LAB. Biotoscana Farma S.A.** **Fecha: 2024/07/12** **Hora: 9:00 am a 9:20 am** • **Segundo Taller de Bioequivalencia** **Fecha: 2024/07/22** **Hora: 2:00 pm a 5:00 pm** • **Contrataciòn Segundo Semestre** **Fecha: 2024/07/22** **Hora: 6:00 pm a 6:40 pm**	**Las reuniones fueron mediante la herramienta Microsoft Teams.**

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 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	2208800	30	641200	9467697936	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	33.132.000,00
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

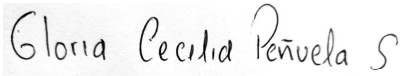
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
6	X	

Atentamente,



Elías David Benjumea Guzman
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 402 de 2024

	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

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**Elias 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**	**$ 5.522.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.522.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 33.132.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 6)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N.A.**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(26 de Junio al 25 de Julio 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		**9471277715 / 9470476126**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**276100**	**SURA**
PENSIÓN	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**353500**	**COLFONDO**
ARL	**2024-06 / 2024-07**	**2024-08-13**	**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	8	13

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.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	*402 de 2024*		
CONTRATISTA:	Elías David Benjumea Guzmán	**NIT / CC 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:	2024-01-16	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	2024-07-25
FECHA DE INICIO:	2024-01-26	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-07-25
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos**

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA	**N/A**	**No. de póliza**	**N/A**

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

6. SANCIONES

SI_____ NO_____X_____

(INDICAR LAS APLICADAS AL CONTRATO EN CASO AFIRMATIVO)

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____X_____ NO_____

8. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$33.132.000,00
ADICIONES	$33.132.000,000
MODIFICACIONES	0
SUBTOTAL	$33.132.000,00
VALOR EJECUTADO	$33.132.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	0

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
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.	Revisión de aplicativo de registros sanitarios, SeSuite, normas farmacológicas y listado de protección de datos por el Decreto 2085 para el diligenciamiento y evaluación de estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia mediante la construcción de FIES. Diligenciamiento del Plan de Trabajo mensual.
2	Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los	Realizar la evaluación de (26) estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia mediante la construcción de FIES.

	trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Cargue de los trámites de bioequivalencia asignados, en la carpeta correspondiente de Share Point Notificación por correo electrónico del cargue de la evaluación de los trámites asignados.
3	Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	Este objetivo no fue contemplado para el período de su ejecución.
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.	De los (26) estudios de bioequivalencia asignados, se elaboraron (22) comunicaciones internas al Grupo de Registros Sanitarios, mediante aplicativo SeSuite.
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.	Este objetivo no fue contemplado para el período de su ejecución.
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.	Asistencia a (36) reuniones y capacitaciones, en las cuales se incluyen los talleres de bioequivalencia, seguimiento a los trámites asignados, unificación de criterios, manejo del Booking para atención al ciudadano y entrenamiento en el manejo del aplicativo SeSuite. Las reuniones fueron mediante la herramienta de Microsoft Teams, las cuales fueron grabadas y se diligenció listado de asistencia. En los talleres de bioequivalencia, se diligenciaron las evaluaciones.
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.	Este objetivo no fue contemplado para el período de su ejecución.
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.	Revisión en el aplicativo de registros y SESUITE que se encuentren cargados los radicados de los trámites de bioequivalencia asignados para su evaluación. De caso que no se haya visualizado un radicado, se informó a la Oficina de Atención al Ciudadano para la gestión pertinente
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.	Elaboración de respuesta a (9) correspondencias y PQRSD asignadas en el aplicativo SeSuite:

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

Se atendieron (10) citas de atención al usuario asignadas mediante la herramienta Microsoft Teams con la generación de actas como soporte

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE__X__ BUENO _____ REGULAR ____ MALO _____

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES FORMATO GAD-GCT-FM8)

12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todos las certificaciones de cumplimento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9,** soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	

Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO[1] del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número 413 de 2024, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

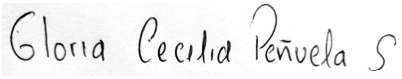
Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 413 de 2024 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el

[1] 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Barranquilla los 06 días del mes de Agosto de 2024.



Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor Contrato 402 de 2024

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**EVALUACION DE PROVEEDORES**	
	Código: GAD-GCT-FM8 | Versión: 01 | Fecha de Emisión: 2022-02-01	

			AAAA	MM	DD
NOMBRE DEL PROVEEDOR	ELIAS DAVID BENJUMEA GUZMAN	**FECHA DE EVALUACIÓN**	2024	8	8
NIT O C.C. No.	72263048 - 1	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			2024-01-26		2024-07-25

No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. 402 de 2024 / 26 de Enero de 2024
FECHA ACTA DE INICIO	2024-01-26
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	ebenjumeag@invima.gov.co
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Calle 43A # 1B - 106 - 3006770204
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 INVIMA.

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
	NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**
	0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**
	1	**Cumple mínimamente**	**4**	**Supera las expectativas**

		CALIF 0-4
CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = **TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS** (24) / **TOTAL DE PUNTOS POSIBLES** (24) X 100 = **100**

EXCELENTE	**91 - 100**
BUENO	**71 - 90**
REGULAR	**50 - 70**
MALO	**0 - 49**

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	**EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato:

N/A

Observaciones: N/A

Gloria Cecilia Peñuela S

FIRMA

COORDINADOR DEL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA

Nota N° 1: Sí el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía sí el supervisor lo estima conveniente.

Nota N° 2: Sí son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.

Nota N° 3: Sí son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al 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.