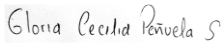
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	Nasly Liliybeth Endo Navarro		NIT/ CC No.	1022353561	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:nendon@invima.gov.co">nendon@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3134678375	
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	996 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	31 de diciembre 2024	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL ESTUDIO DE LA INFORMACION DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN UN CONCEPTO 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	2024-11-19	FECHA DE INICIO	2024-11-20	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 7.914.867	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 2.392.867	VALOR A PAGAR	\$ 2.208.800
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 184.067	VALOR PAGADO	\$ 7.914.867	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(20 de diciembre al 31 de diciembre del 2024)
BANCO	Banco caja social	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	24081892730
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>					
(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)					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
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	SI	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo			
Carné	N/A	Otros. Cuales?			
indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	82378132 82618532				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	1/11/2024	13/12/2024	\$162.500	Nueva EPS	
	1/12/2024	13/12/2024	\$276.100		
PENSIÓN	1/11/2024	13/12/2024	\$208.000	Colpensiones	
	1/12/2024	13/12/2024	\$353.500		
ARL	1/11/2024	13/12/2024	\$6.800	Positiva	
	1/12/2024	13/12/2024	\$11.600		
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. <b>Se debe anexar los pagos o planillas.</b>					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(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 aquí relacionado, CERTIFICO:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.</li> <li>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.</li> <li>Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.</li> </ol>					
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 Interventoría 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	12	31		
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
GLORIA CECILIA PEÑUELASANCHEZ Coordinadora del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos		Consecutivo:			
<p><b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.</p> <p><b>NOTA 2.</b> 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.</p>					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022353561	NASLY LILYBETH ENDO NAVARRO		CRA 7 C No. 2a-30sur	9044883	naliyi04@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	13/12/2024	82378132	\$403.300	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>403.300</b>	<b>403.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022353561	NASLY LILYBETH ENDO NAVARRO		CRA 7 C No. 2a-30sur	9044883	naliyi04@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	\$403.300				

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022353561	ENDO NAVARRO NASLY LILYBETH	59	0		N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022353561	NASLY LILYIBETH ENDO NAVARRO		CRA 7 C No. 2a-30sur	9044883	naliyi04@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82618532	\$685.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	276.100	0		0		0	0	0	0	276.100	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	353.500	0	0	0	0	0	0	0	353.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	44.200	0	0	44.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				


TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.100	276.100
Pensión	1	353.500	353.500
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	44.200	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>685.400</b>	<b>685.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022353561	NASLY LILYBETH ENDO NAVARRO		CRA 7 C No. 2a-30sur	9044883	naliyi04@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82618532	\$685.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022353561	ENDO NAVARRO NASLY LILYBETH	59	0	N																		25-14	2.208.800	353.500	0	0	0	0	EPS037	2.208.800	276.100	14-23	2.208.800	1	11.600	CCF22	2.208.800	44.200	0	0	0	0	0

# PAGADA

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	(No. de contrato y año) 996 de 2024		
<b>CONTRATISTA:</b>	Nasly Liliyibeth Endo Navarro	<b>NIT / C.C No. :</b>	1022353561
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	Prestar servicios profesionales para brindar apoyo en el estudio de la información de seguridad y eficacia 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.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$7.914.867		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2024-11-19	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	43 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2024-11-20	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2024-12-31
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2024-12-21	<b>HASTA:</b>	2024-12-31
<b>PAGO NÚMERO:</b>	02	<b>DEPENDENCIA:</b>	DMPB
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Gloria Cecilia Peñuela Sanchez		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas 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.	Evaluación técnica de estudios de bioequivalencia <i>in vivo</i> , <i>in vitro</i> asignados.	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Radicados</b> 20221146824 20221147699 20231344899</li> </ul>
2	Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	-Participación en la elaboración de los preconceptos de los siguientes productos: <ul style="list-style-type: none"> <li>REVOLADE® TABLETAS 50 MG registro sanitario nuevo</li> </ul>	Formato ASS-RSA-FM162 para los radicados 20221282447 20221113081 20201174561 20201160683



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

		<ul style="list-style-type: none"><li>• REVOLADE® TABLETAS 25 MG registro sanitario nuevo</li></ul> <p>Respuesta a autos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• DABEX® 1000mg</li></ul>	20231344899
3	Apoyar en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.	NA	No se requirió apoyo
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.	Proyección y envío del acto administrativos mediante correspondencia interna.	Se realizan las respectivas correspondencias internas de los trámites evaluados.
5	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación de farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes.	Respuesta a correspondencia y PQRS en el sistema Sesuite	No se requirió apoyo
6	Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites, como es el caso de la base de datos de Registros Sanitarios.		No se requirió apoyo
7	Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por		

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

	los usuarios, respecto a las Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos y productos biológicos.		No se requirió apoyo
<b>8</b>	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	Asistencia y participación reuniones	No se requirió apoyo

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

**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)
02	\$1.300.000 \$2.208.800	40%	30	\$403.300 \$685.400	82378132 82618532	Mi planilla

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 7.914.867
--------------------------	--------------

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 7.914.867
Saldo del contrato	\$ 0

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

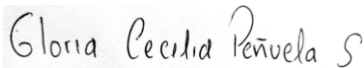
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
2	X	

Atentamente,



**Firma**  
**Nasly Liliyibeth Endo Navarro**  
**Nombres y apellidos del contratista**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1022353561**

Recibí a satisfacción:



**Firma**  
**Nombres y Apellidos: Gloria Cecilia Peñuela Sanchez**  
**Cargo: Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora**  
**Dependencia: DMPB**  
**Supervisor(a) Contrato 373 de 2024**



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

<b>No. CONTRATO:</b>	<i>(No. de contrato y año)</i> 996 de 2024		
<b>CONTRATISTA:</b>	Nasly Liliyibeth Endo Navarro	<b>NIT / CC No.:</b>	1022353561
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	Prestar servicios profesionales para brindar apoyo en el estudio de la información de seguridad y eficacia 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.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$7.914.867		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2024-11-19	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b>	43 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2024-11-20	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2024-12-31
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Gloria Cecilia Peñuela Sanchez	<b>DEPENDENCIA:</b>	DMPB

**2. SUSPENSIONES**

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
N/A	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

**3. PRÓRROGAS**

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
N/A	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

**4. ADICIONES**

ACTA	FECHA	VALOR	JUSTIFICACIÓN
N/A	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

**5. GARANTÍA**

<b>ASEGURADORA</b>	N/A	<b>No. de póliza</b>	N/A
--------------------	-----	----------------------	-----

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
N/A	N/A	N/A	N/A
		AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
		AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**6. SANCIONES**

SI \_\_\_\_\_

NO  \_\_\_\_\_

(INDICAR LAS APLICADAS AL CONTRATO EN CASO AFIRMATIVO)

**7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**SI  \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**8. BALANCE FINANCIERO**

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$7.914.867
ADICIONES	0
MODIFICACIONES	0
SUBTOTAL	\$7.914.867
VALOR EJECUTADO	\$7.914.867
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 la evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas 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.	Se realiza la revisión y evaluación de la documentación allegada por el interesado del trámite, diligenciamiento del formato ASS-RSA-FM162 Formato para el informe de evaluación técnica de estudios de Biodisponibilidad y Bioequivalencia mensualmente.
2	Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.	Se generaron el requerimiento resultado de la evaluación técnica de los estudios de Biodisponibilidad y Bioequivalencia como pre-concepto, respuestas a autos.
3	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 proyectan los actos administrativos de los radicados asignados mensualmente mediante realización de correspondencias internas.



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

4	Analizar y proyectar respuesta a las solicitudes relacionadas con las solicitudes de evaluación de farmacológica y trámites asociados, presentadas por los usuarios a través de los distintos canales de comunicación de la entidad, aportando los soportes correspondientes.	Se realizó el estudio y respuesta a los PQRS asignados.
5.	Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.	Asistencia a jornadas de capacitación y reuniones programadas. Se realiza la atención a usuarios mediante canales virtuales acorde asignación con realización del acta de atención respectiva.

**10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)**

NA.

**11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD**

EXCELENTE \_\_\_\_ 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 cumplimiento 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	

**Nota 1:** Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO<sup>1</sup> 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 373 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.

<sup>1</sup> 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 373 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 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 BOGOTÁ a los 13 del mes diciembre de 2024.

**Firma**  
**Nasly Liliyibeth Endo Navarro**  
**Nombres y apellidos del contratista**  
**Contratista**  
**DMPB**

**Firma**  
**Nombres y Apellidos: Gloria Cecilia Peñuela Sanchez**  
**Cargo: Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora**  
**Dependencia: DMPB**  
**Supervisor(a) Contrato 373 de 2024**

NOMBRE DEL PROVEEDOR	NASLY LILYBETH ENDO NAVARRO	FECHA DE EVALUACIÓN	AAAA	MM	DD
			2024	12	13
NIT O C.C. No.	1022353561	PERIODO EVALUADO ( si aplica)	Desde		Hasta
			2024-11-20		2024-12-31
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	996 DEL 2024 2024-11-19				
FECHA ACTA DE INICIO	2024-11-20				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	<a href="mailto:nendon@invima.gov.co">nendon@invima.gov.co</a>				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Cra 7 C No. 2A-30 sur, 3134678375				
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para brindar apoyo en el estudio de la información de seguridad y eficacia 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.				

<b>SISTEMA DE Puntuación</b>	NA	No aplica	2	Cumple parcialmente
	0	No cumple	3	Cumple plenamente
	1	Cumple mínimamente	4	Supera las expectativas

	CALIF 0-4	
<b>CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO</b>	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
<b>OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR</b>	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
<b>CUMPLIMIENTO</b>	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = 
$$\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS ( 24 )}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES ( 24 )}} \times 100 = \boxed{100}$$

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

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES ( 6 )

CALIFICACION	<b>EXCELENTE</b>
--------------	------------------

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato: NA
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR NA

FIRMA *Gloria Cecilia Páezela S*  
 NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR  
 CARGO

**Nota N° 1:** Si 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 si el supervisor lo estima conveniente.

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

**Nota N° 3:** Si 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 Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.