

	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	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ		NIT/ CC No.	1039471794	
CORREO ELECTRÓNICO	cariasg@invima.gov.co		TELÉFONO	3053393575	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	1286 de 2023		TERMINO DE EJECUCIÓN	26 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2023-12-05	FECHA DE INCIO	2023-12-05	FECHA DE TERMINACIÓN	2023-12-30

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 4.785.355	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 4.785.355	VALOR A PAGAR	\$ 4.785.355
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	0	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	(05 de diciembre al 30 de diciembre del 2023)
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	488426250780

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)					
NA					

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES					
≤					
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	SI		
Carné	SI	Otros. Cuales?	N/A		
indique las observaciones respectivas					

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	73264311				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	dic-23	2023-12-13	245.000	EPS Sura	
PENSIÓN	dic-23	2023-12-13	313.600	Colpensiones	
ARL	dic-23	2023-12-13	47.800	ARL SURA	

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 aquí 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 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		
	2023	12	30		

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

ANDREY FORERO ESPINOSA Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofarmacos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos	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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1039471794	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ		calle 77 SUR 46D -43	4172888	claribetharias@gmail.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	
2023-12	2023-12	I	13/12/2023	73264311	\$606.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	245.000	0		0		0	0	0	245.000	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	313.600	0	0	0	0	0	0		313.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	47.800				47.800	0	0	47.800			478	47.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	245.000	245.000
Pensión	1	313.600	313.600
Riesgos Laborales	1	47.800	47.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	606.400	606.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1039471794	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ		calle 77 SUR 46D -43	4172888	claribetharias@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
2023-12	2023-12	I	13/12/2023	73264311	TOTAL A PAGAR
					\$606.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1039471794	ARIAS GUTIERREZ CLARIBETH	59	0			N																		25-14	1.960.000	313.600	0	0	0	0	EPS010	1.960.000	245.000	14-11	1.960.000	3	47.800		0	0	0	0	0	0	0

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	1286 de 2023		
CONTRATISTA:	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ	NIT / C.C No. :	1039471794-2
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 4.785.355		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	05-12-2023	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	26
FECHA DE INICIO:	05-12-2023	FECHA DE TERMINACIÓN:	30-12-2023
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 05-12-2023	HASTA:	30-12-2023
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ANDREY FORERO ESPINOSA		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Ejecutar la evaluación técnica farmacéutica del módulo de calidad aportado por el interesado, para la obtención del registro sanitario y demás tramites asociados de alta complejidad; de acuerdo con los trámites y actividades asignadas por el supervisor del contrato y teniendo en cuenta la normatividad sanitaria legal vigente.	Estudios de Tramites asociados a Modificación de Registro Sanitario de Productos Biológicos	1. Radicado 20231150719 modificación de baja complejidad, evaluado 18/12/2023 Tiempo de estudio: 0.4 días 2. Radicado 20231150750 modificación de baja complejidad, evaluado 18/12/2023 Tiempo de estudio: 0.4 días 3. Radicado 20231153062 modificación de baja complejidad, evaluado 21/12/2023 Tiempo de estudio: 0.4 días 4. Radicado 20231181481 modificación de baja

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

			complejidad, evaluado 21/12/2023 Tiempo de estudio: 0.4 días 5. Radicado 20231181534 modificación de baja complejidad, evaluado 27/12/2023 Tiempo de estudio: 0.4 día 6. Radicado 20211041065 modificación de alta complejidad, evaluado 27/12/2023 Tiempo de estudio: 5 días 7. Radicado 20211041070 modificación de alta complejidad, evaluado 27/12/2023 Tiempo de estudio: 5 días
2	Generar en los aplicativos institucionales los actos administrativos como resoluciones, autos y oficios, producto de la evaluación de los registros sanitarios y trámites asociados de alta complejidad, de acuerdo con la normatividad vigente.	-	-
3	Apoyar la realización de visitas con fines de obtención de registros sanitarios con el estudio, análisis y emisión de concepto técnico de acuerdo con la normatividad vigente.	-	-
4	Mantener actualizada la información de las herramientas tecnológicas institucionales y de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, así como las demás bases de datos que se requieran con ocasión al objeto contractual respecto del desarrollo de las actividades de evaluación, consultas y control de registros sanitarios y tramites asociados.	-	-

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

5	Apoyar en la actualización de procedimientos, instructivos, guías y/o manuales para el desarrollo de las actividades de evaluación de registros sanitarios y trámites asociados, en concordancia con la normatividad sanitaria vigente.	Participo en la capacitación de los siguientes: - Lectura y análisis el día 5/12/2023 con el Decreto 2078 de 2012, Decreto 677 de 1995 y Decretos 334 y 335 de 2022. - El día 6/12/2023 se realiza lectura y análisis del Decreto 2078 de 2012, Decreto 677 de 1995 y Decretos 334 y 335 de 2022 - El día 7/12/2023 se realiza evaluación de los conocimientos de las normas anteriormente analizadas y posteriormente se realiza socialización de las respuestas con el coordinador - El día 11/12/2023 se asiste a la capacitación sobre modificaciones de alta complejidad - El día 12/12/2023 se realiza lectura y análisis del Decreto 2085 de 2002, Resolución 3311 de 2018 y Resolución 1606 de 2014, Circular DG-1000-0012--2023 (INVIMA) y la Circular 015 de 2017 - Revisión de guía para realizar modificaciones a los registros sanitarios con impacto en la calidad de medicamentos biológicos.	Análisis y discusión de la normatividad y guías objeto para el análisis de las modificaciones de los registros sanitarios de medicamentos biológicos de acuerdo con el riesgo e impacto en la calidad. Capacitación en el puesto de trabajo. Tiempo de la actividad: 5 días
6	Apoyar en la proyección de solicitudes, peticiones, consultas o conceptos respecto de registros sanitarios y demás tramites asociados de alta complejidad asignados por el supervisor del contrato de acuerdo con el objeto contractual.	-	-

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

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 diciembre 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	\$ 4.785.355	\$1.960.000	31	\$606.400	73264311	MiPlanilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 4.785.355
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 4.785.355
Saldo del contrato	\$ 4.785.355

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
1	X	

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

Atentamente,

Claribeth A

CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ
Contratista
C.C. No. 103947194

Recibí a satisfacción:

Andrey Forero Espinosa

ANDREY FORERO ESPINOSA
 Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
 Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
 Supervisor del Contrato 1286 de 2023



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

No. CONTRATO:	1286 del 5 de diciembre de 2023		
CONTRATISTA:	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ	NIT / CC No.:	1039471794-2
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD		
VALOR DEL CONTRATO	Cuatro Millones setecientos ochenta y cinco mil trescientos cincuenta y cinco Pesos M/CTE (\$4'785.355).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-12-05	PLAZO DE EJECUCIÓN:	2023-12-30
FECHA DE INICIO:	2023-12-05	FECHA DE TERMINACIÓN:	2023-12-30
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ANDREY FORERO ESPINOSA	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

2. SUSENSIONES

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A

3. PRÓRROGAS

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A

4. ADICIONES

ACTA	FECHA	VALOR	JUSTIFICACIÓN
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

6. SANCIONES

SI _____

NO ☒ _____

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	
	Código: GAD-GCT-FM14	Versión: 02 Fecha de emisión: 2022-11-17

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI ☒ X

NO ☐

8. BALANCE FINANCIERO	
CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4'785.355
ADICIONES	\$0
MODIFICACIONES	\$0
SUBTOTAL	4'785.355
VALOR EJECUTADO	4'785.355
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

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

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 cumplimiento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9**, soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN			
	Código: GAD-GCT-FM14		Versión: 02	Fecha de emisión: 2022-11-17

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

Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO¹ 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 1286 de 2023, 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 1286 de 2023 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 30 del mes Diciembre de 2023.



ANDREY FORERO ESPINOSA

Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor del Contrato 1286 de 2023

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

		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
		EVALUACION DE PROVEEDORES				
Código: GAD-GCT-FM8		Versión: 01		Fecha de Emisión: 2022-02-01		
NOMBRE DEL PROVEEDOR	CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ		FECHA DE EVALUACIÓN	AAAA	MM	DD
				14	12	2023
NIT O C.C. No.	1039471794		PERIODO EVALUADO (si aplica)	Desde	Hasta	
				2023-12-05	2023-12-30	
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	1286 del 5 de diciembre de 2023					
FECHA ACTA DE INICIO	2023-12-05					
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	cariasg@invima.gov.co					
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Cra 39 b # 28 a 40 sur 3053393575					
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD.					
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					3
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)					3
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)					4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}} \times 100 = \frac{(22)}{(24)} \times 100 = 91,667$

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:
Observaciones:

FIRMA
 ANDREY FORERO ESPINOSA
 Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos

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.

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

Yo, **Claribeth Arias Gutierrez**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.039471794**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

- 1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI (X) NO ()
- 2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI () NO (X)
- 3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (X) NO ()

*\$152,016,000 con UVT (\$38,004) año 2022 * \$169,648,000 con UVT (\$42,412) año 2023

- 4. 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

4.1. Declaro que (marque con una X): SI (x) NO () tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

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

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.	IDCBIS	4.900.000

- 5. 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 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

- 6. Para efectos de lo previsto en el párrafo 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	DOCUMENTO
NA	NA	NA	NA

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 (\$1,357,184) por concepto de dependientes.

- 7. Soy pensionado SI () NO (X), según resolución No. _____.
- 8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

- 8.1. Aportes voluntarios a pensión SI () NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.
- 8.2. Aporte cuenta AFC SI () NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____
- 8.3. Pagos adicional por salud SI () NO (X) : 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)
- 8.4. 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 () NO (X)
- 8.4.1.El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 8.4.2. 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 la categoría tributaria.
- 10.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a 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 los mismos 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 30 días del mes de diciembre de 2023

Firma: Claribeth A

Nombres y Apellidos: Claribeth Arias Gutierrez

C.C. 1039471794

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

23/11/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CLARIBETH ARIAS GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1039471794**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488426250780
Fecha de apertura	05/01/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA