| | 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** | **ESTEFANY ARIAS QIROZ** | **NIT/ CC No.** | 1143381986 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | eariasq@invima.gov.co | **TELÉFONO** | 3008814538 |
| **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** | **371-2024** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **24 de julio de 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 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.** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **2024-01-25** | **FECHA DE INCIO** | **2024-01-25** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **2024-07-24** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 33,132,000** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 11,044,000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 5,522,000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 5,522,000** | **VALOR PAGADO** | **27,610,000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **(PAGO 5)** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **5** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **2024-05-25 a 2024-06-24** |
| **BANCO** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA** | AHORROS | **No DE CUENTA** | **488435151185** |

**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**

**En mi calidad de supervisor** (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

**Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Informe de actividades** | SI | **Facturas** | N/A | |
| **Pago Parafiscales** | NO | **Ingreso a Almacén** | N/A | |
| **SGSSI** | SI | **Documentos a cargo** | N/A | |
| **Carné** | NO | **Otros. Cuales?** | N/A | |

indique las observaciones respectivas

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

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE PLANILLA** | **78511878** |

| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| **SALUD** | **May-24** | **2024-07-08** | **276000** | **SALUD TOTAL EPS** |
| **PENSIÓN** | **May-24** | **2024-07-08** | **353300** | **PROTECCION** |
| **ARL** | **May-24** | **2024-07-08** | **11600** | **POSITIVA** |

*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.**

| | AAAA | MM | DD |
|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | 2024 | 7 | 9 |

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

**Gloria Cecilia peñuela**
**Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.**

**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 | |
|---|---|---|---|
| | **FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA** | | |
| | Código: GAD-GCT-FM9 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2022/02/01 |

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | *(No. de contrato y año)* 371 - 2024 | | | |
| **CONTRATISTA:** | ESTEFANY ARIAS QUIROZ | | **NIT / C.C No. :** | *1143381986* |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | 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. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | 33.132.000 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | **2024-01-24** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | **6 MESES** |
| **FECHA DE INICIO:** | **2024-01-24** | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | **2024-07-24** |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | **2024-05-24** | **HASTA:** | **2024-06-24** |
| **PAGO NÚMERO:** | **5** | | **DEPENDENCIA :** | Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **GLORIA PEÑUELA** | | | |

| **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. | **Se realiza la evaluación técnica especializada de los siguientes radicados: "20221276922, 20221283077, 20231064875, 20231068474, 20241061567", atendiendo al plan de trabajo asignado.** | **Biblioteca virtual Comisión Revisora/SHAREPOINT** |
| **2** | Elaborar preconceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros | **Se realiza la evaluación técnica especializada de los siguientes radicados: "20221276922, 20221283077, 20231064875,** | **Biblioteca virtual Comisión Revisora/SHAREPOINT** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | sanitarios y trámites asociados | **20231068474, 20241061567", atendiendo al plan de trabajo asignado.** | |
| **3** | Apoyar en el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora | No se requirió apoyo N.A | No se requirió apoyo N.A |
| **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. | **Se proyectan los actos administrativos de los siguientes radicados: "20221276922, 20221283077, 20231064875, 20231068474, 20241061567", atendiendo al plan de trabajo asignado.** | **SESUITE** |
| **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. | **Estudio y respuesta de PQRS** | **SESUITE** |
| **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 N.A | No se requirió apoyo N.A |
| **7** | Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por los usuarios, respecto a las Autorizaciones de Uso de Emergencia (ASUE) de medicamentos y productos biológicos. | No se requirió apoyo N.A | No se requirió apoyo N.A |
| **8** | Prestar apoyo en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor. | No se requirió apoyo N.A | No se requirió apoyo N.A |

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 MAYO del año 2024.

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días base de cotización | Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5.522.000 | 2.208.800 | 30 | 640.900 | 78511878 | miplanilla |

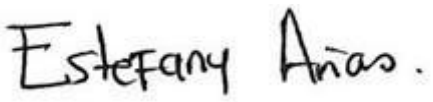
## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $ 33.132.000 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $ 27.610.000 |
| Saldo del contrato | $ 5.522.000 |

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

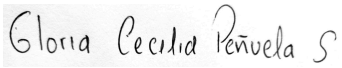
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 5 | X | |

Atentamente,



**Firma**
**Estefany Arias Quiroz**
**Contratista**
**C.C. No. 1143381986**

Recibí a satisfacción:



**Firma**
**Nombres y Apellidos**
**Cargo**
**Dependencia**
**Supervisor(a) Contrato 371 de 2024**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143381986 | ESTEFANY ARIAS QUIROZ | calle 18 #20-51 | 6676413 | esariasq@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 08/07/2024 | 78511878 | $647.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 276.000 | 0 | | 0 | | 0 | 14 | 3.000 | 0 | 279.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 353.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 3.800 | 0 | 357.100 | 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 | 14 | 200 | 11.800 | | | 116 | 11.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 14 | 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 | 276.000 | 279.000 |
| Pensión | 1 | 353.300 | 357.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.600 | 11.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 640.900 | 647.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143381986 | ESTEFANY ARIAS QUIROZ | | calle 18 #20-51 | 6676413 | esariasq@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 08/07/2024 | 78511878 | $647.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1143381986 | ARIAS QUIROZ ESTEFANY | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.208.000 | 353.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.208.000 | 276.000 | 14-23 | 2.208.000 | 1 | 11.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información