	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	**Andres David Turizo Smith**	**NIT/ CC No.**	1095813006
CORREO ELECTRÓNICO	aturizos@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3012050949
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	**578 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**30 de septiembre de 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-03-27**	**FECHA DE INCIO**	**2024-04-01**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-09-30**

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°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(01 de septiembre al 30 de septiembre del 2024)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**1351954287**

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)

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	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9473450421**		
ITEM	**Septiembre 2024**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Septiembre 2024**	**2024/10/09**	**277500**	**SANITAS**
PENSIÓN	**Septiembre 2024**	**2024/10/09**	**355300**	**PORVENIR**
ARL		NA	**NA**	**NA**

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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn 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	10	28

Gloria Cecilia Peñuela S

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD

Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
Profesional Especializado Coordinadora del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la 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.

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1095813006		TURIZO SMITH ANDRES DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 30#39b-70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012050949	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969903192	9473450421	I	2024/10/02	2024/10/09	BANCOLOMBIA	7	$632,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$1,800	$0	$355,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$353,500	$1,800	$0	$355,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$1,400	$0	$277,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,100	$1,400	$0	$277,500
TOTAL				1	$629,600	$3,200	$0	$632,800

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14494100151

(415)7707212489984(8020) 000001449410015 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 5 8 1 3 0 0 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 5 8 1 3 0 0 6	2 0 1 0 0 8 0 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TURIZO	SMITH	ANDRES	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 29 39 65

42. Correo electrónico: andturizosm@unal.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 2 0 5 0 9 4 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 8 1 2 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código																									

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2018 - 12 - 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BARRERA PRECIADO ANA MERCEDES

985. Cargo Analista II

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Lunes, 27 de mayo de 2024

Señor(a)
INVIMA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES DAVID TURIZO SMITH identificado(a) con CC 1095813006, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	01351954287	2015/12/04	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista:
Identificación:

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023 SI (X) NO ( )
   * $188,260.000 con UVT ($47,065) año 2024 SI (X) NO ( )

2. 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

   2.1. Declaro que: SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

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

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

3. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. 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 6 marco **S**I diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 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	TIPO DOCUMENTO		DOCUMENTO

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 ($1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. 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) anexo certificación.

8.2. 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) anexo certificación.

8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

8.2.2. 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 (X)

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con 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 estos 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 Bogota a los 12 días del mes Julio del 2024



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Andres David Turizo Smith
C.C. 1095813006

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

DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*(No. de contrato y año)* **578 de 2024**			
CONTRATISTA:	Andres David Turizo Smith		**NIT / C.C No. :**	*1095813006-*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS TECNICO DE LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS			
VALOR DEL CONTRATO	33.132.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**27/03/2024**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**180**
FECHA DE INICIO:	**2024-04-01**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-09-30**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-09-01**	**HASTA:**	**2024-09-30**
PAGO NÚMERO:	**6**		**DEPENDENCIA:**	**3100**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**			

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Capacitaciones, reuniones y actividades varias: Participar en las capacitaciones, reuniones y otras actividades relacionadas que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.	Participación en Actividades de Capacitación y Reuniones: Asistir a todas las capacitaciones programadas, participar activamente en las reuniones convocadas y colaborar en las actividades varias requeridas por el supervisor.	Certificados y reportes de participación en capacitaciones realizadas. Listas de Asistencia a reuniones y actividades varias. Resúmenes y análisis de las actividades realizadas.
2	Evaluación trámites MVND	**<u>Revision de VND</u>** Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, Ataluren, Tezepelumab, Vosoritida, Maralixibat, Tolvaptán, Treprostinil, Extracto seco de la corteza de abedul-betulina y Golodirsen son	Radicados 20241235140 20241230817 20241227422 20241223950 20241226907 20241220537 20241223877 202412122675

		medicamentos vitales no disponibles, indispensables para tratar enfermedades graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor es esencial para pacientes con fibrosis quística, mejorando significativamente la función pulmonar. Ataluren es una opción innovadora para tratar la distrofia muscular de Duchenne en pacientes con mutaciones sin sentido. Tezepelumab es fundamental en el tratamiento del asma grave, reduciendo exacerbaciones severas. Vosoritida trata la acondroplasia, promoviendo el crecimiento en niños. Maralixibat es crucial para el manejo del síndrome de Alagille, aliviando el prurito y mejorando la calidad de vida. Tolvaptán ayuda a ralentizar la progresión de la enfermedad renal poliquística, mientras que Treprostinil es esencial en la hipertensión pulmonar. La disponibilidad de estos medicamentos es crítica para garantizar el tratamiento adecuado de estas condiciones complejas. Por eso desde el INVIMA se trabaja en estos tramites para garantizar seguridad, eficacia y suministro de los VND	20241222355 20241222575 20241222938 20241222595 20241221681 20241222167 20241226901 20241222821 20241222743 20241222608 20241228398 20241222369 20241221289 20241221957 20241221741 20241215138 20241203263 20241207374 20241209077 20241187361 20241207397 20241210400 20241196992

3	Asistir a Actividades delGrupo de Apoyo: Participar en las actividades del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de laComisión Revisora que estén relacionadas con el objeto contractual y que sean requeridas por el supervisor.	Participación en Reuniones y Consultas: Asistir y participar en las reuniones convocadas. Consultar con compañeros para gestionar los trámites necesarios.	Reuniones de Seguimiento: Participar en reuniones de avance de trámites de preconceptos y en reuniones de coordinación con compañeros para la realización de trámites.

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

2. 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

3. 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 julio del año 2024.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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	$636,600	9471426081	Pago simple

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

4. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	33.132.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	33.132.000
Saldo del contrato	0

5. 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	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N° XXX.

Atentamente,



Firma
Andres David Turizo Smith
Nombres y apellidos del contratista
Contratista
C.C. No. 1095813006

Recibí a satisfacción:



Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Profesional Especializado Coordinadora del Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos..
Supervisor(a) Contrato 578 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	Andres David Turizo Smith	**FECHA DE EVALUACIÓN**	2024	10	21
NIT O C.C. No.	1095813006	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			2024-04-01		2024-09-30
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. 578 de 2024 - 01/04/2024				
FECHA ACTA DE INICIO	2024-04-01				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	aturizos@invima.gov.co				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Carrera 30# 39b-70 apto 304 /3012050949				
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS				

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	3
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	2
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	3
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	2

EVALUACION DEL PROVEEDOR = **TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS** (18) / **TOTAL DE PUNTOS POSIBLES** (24) X 100 = **75**

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

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	**BUENO**

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

Observaciones:

FIRMA Gloria Cecilia Peñuela S

Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinadora del Grupo del Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.

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.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	578 DE 2024		
CONTRATISTA:	Andres David Turizo Smith	**NIT / CC No.:**	1095813006
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACION FARMACOLOGICA Y FARMACEUTICA DE LA INFORMACION CON RESPECTO A LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRÁMITES DE REGISTROS SANITARIOS, MODIFICACIONES, Y PRECONCEPTOS		
VALOR DEL CONTRATO	Treina y tres millones ciento treinta y dos mil Pesos M/CTE ($33.132.000)		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	27/03/2024	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	Seis (6) meses
FECHA DE INICIO:	01/04/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	30/09/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez Coordinadora del Grupo del Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	**DEPENDENCIA:**	DMPB

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA		**No. de póliza**	

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

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

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
1	Realización de Preconceptos para Moléculas Nuevas - Radicados 20231112170, 20221094407, y 20231115899 Exp 20093425, Modificación de la Indicación para Esbriet® (Pirfenidona)	Elaboración y Evaluación del Preconcepto: Desarrollar y revisar el preconcepto para las moléculas nuevas bajo los radicados mencionados. Análisis exhaustivo de datos científicos y técnicos disponibles. Colaboración con expertos para validar. Resumen del Preconcepto para la nueva molécula. Se solicita modificar la indicación para simplificar la descripción de Esbriet, respaldado por evidencia clínica.

2	**Asistir a Actividades del Grupo de Apoyo**	Participación en actividades del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora.
3	**Participación en Reuniones y Consultas**	**Asistir a reuniones convocadas y consultar con compañeros para gestionar trámites necesarios.**
4	**Evaluación Trámites MVND**	**Revisión de medicamentos vitales no disponibles como Selumetinib, Tolvaptán, Berotralstat y otros. Evaluación y radicados correspondientes para garantizar acceso y seguridad.**
5	**Prestar apoyo en otras actividades relacionadas con el objeto contractual**	**Participación en capacitaciones, reuniones, y apoyo general en las actividades requeridas por el supervisor.** **Atención a ciudadanos programados por medio de citas medicamentos, presentaciones y reuniones relacionadas con la DMPB**
6	**Presentación sobre Cannabis Spp.**	**Presentación sobre generalidades fisicoquímicas, aspectos toxicológicos y terapéuticos, efectos adversos y recomendaciones de Cannabis Spp., respaldado por el grupo de apoyo.**

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

De acuerdo al seguimiento realizado por el supervisor y/o interventor y a lo evidenciado objetivamente durante la ejecución del contrato. Aplica tanto para aspectos positivo como negativos a resaltar.

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE____ BUENO __X__ 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 todas 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	

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
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 578 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 578 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.

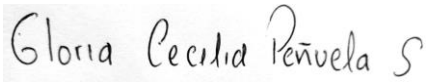
Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá a los 22 días del mes 10 de 2024.



Andrés David Turizo Smith
Contratista
Comision Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.

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



Gloria Cecilia Peñuela Sánchez
Coordinadora del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la
Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato: 578 de 2024