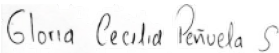
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTION CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	ROSA MERY NIÑO PEREZ		NIT/ CC No.	52173513	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:rnihop@invima.gov.co">rnihop@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3123160847	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		N/A		
No. CONTRATO	122 de 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	300 días	
OBJETO DEL CONTRATO	<b>PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA, AGENDAMIENTO DE LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD, BIODISPONIBILIDAD-BIOEQUIVALENCIA DE LOS REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN CONCEPTO DE LAS SALAS DE LA COMISIÓN REVISORA.</b>				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	24 de enero de 2025	FECHA DE INICIO	27 de enero de 2025	FECHA DE TERMINACIÓN	26 de noviembre de 2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 55.220.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 22.088.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 16.566.000	VALOR PAGADO	\$ 38.654.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO7)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(27 julio al 26 de agosto del 2025)
BANCO	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	004959362
<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)					
N/A					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
<b>En mi calidad de supervisor</b> (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	N/A	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	N/A		
Carné	N/A	Otros. Cuales?	N/A		
N/A					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	No. 9489904494 No. 9491349675				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JUL-25 - AG -25	04/08/2025 - 02/09/2025	500000 - 562500	SANITAS	
PENSIÓN	JUL-25 - AGO -25	04/08/2025 - 02/09/2025	640000 - 720000	COLPENSIONES	
ARL	JUL-25 - AGO -25	04/08/2025 - 02/09/2025	20900 - 23500	POSITIVA	
<i>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.</i>					
<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)					
<b>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</b>					
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 periodo de cobro, objeto de la presente certificación.					
<b>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.</b>					
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD		
	2025	10	6		
<b>Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal</b>					
			Nombre		
			Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD
<b>GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ</b> Coordinador Grupo Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora			Consecutivo:		
<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. <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.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 180A NO. 10A-77	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1746625283	9491349675	1	2025/09/03	2025/09/02	0	\$1,306,000	

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO																									
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte												
PENSION										SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES						
Sucesal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)										SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)										SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES						
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados)										SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES						
1	CC 52173513	NIÑO ROSA	25-14	30	\$4,500,000	\$720,000	EPS005	30	\$4,500,000	\$562,500	0	\$4,500,000	\$23,500	0	\$4,500,000	\$23,500	0	\$4,500,000	\$23,500	0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1 )</b>																								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Salud	Clave	Tipo
2025-08	2025-08	1746625283	Planilla
		9491349675	I
Sucursal Principal		Dirección	Exonerado SENA e ICBF
PRINCIPAL		Calle 180A NO. 10A-77	No
Ciudad-Departamento		Banco	Valor
BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		BANCO AV VILLAS	\$1,306,000
Teléfono		Días Mora	Valor
5555555		0	\$0

Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1746625283	Planilla	2025/09/03	2025/09/02	0	\$1,306,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$720,000	\$0	\$0	\$720,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$720,000	\$0	\$0	\$720,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$23,500	\$0	\$0	\$23,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$23,500	\$0	\$0	\$23,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$562,500	\$0	\$0	\$562,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$562,500	\$0	\$0	\$562,500
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,306,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,306,000</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 180A, NO. 10A-77	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	55555555		No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-07	2025-07	167229169	9489904494	I	2025/08/05	2025/08/04	0	\$1.160,900	


## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO																										
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte													
PENSION										SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES							
Sucesal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)										IBC			Aporte			Dias			IBC			Aporte				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)										\$4,000,000	\$640,000		\$4,000,000	\$500,000	\$0	\$0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados)										\$4,000,000	\$640,000		\$4,000,000	\$500,000	\$0	\$0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0
1	CC 152173513	NIÑO ROSA	25-14	30	\$4,000,000	\$640,000	EPS005	30	\$4,000,000	\$500,000	0	14-23	\$0	\$4,000,000	\$20,900	0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>									\$4,000,000	\$640,000		\$4,000,000	\$500,000	\$0	\$0	\$0	\$4,000,000	\$20,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 52173513		NIÑO PEREZ ROSA MERY	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Salud	Clave	Tipo
2025-07	2025-07	1672229169	Planilla
		948990494	I
Sucursal Principal		Dirección	Exonerado SENAE e ICBF
PRINCIPAL		Calle 180A NO. 10A-77	No
Ciudad-Departamento		Banco	Valor
BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		BANCO AV VILLAS	\$1,160,900
Teléfono		Días Mora	
5555555		0	


RESUMEN DE PAGO			
Periodo	Salud	Clave	Tipo
2025-07	2025-07	1672229169	Planilla
		948990494	I
Sucursal Principal		Dirección	Exonerado SENAE e ICBF
PRINCIPAL		Calle 180A NO. 10A-77	No
Ciudad-Departamento		Banco	Valor
BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		BANCO AV VILLAS	\$1,160,900
Teléfono		Días Mora	
5555555		0	

CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$500,000	\$0	\$0	\$500,000
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	\$500,000	\$0	\$0	\$500,000
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>\$1,160,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,160,900</b>

	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>	122 DE 2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	Rosa Mery Niño Pérez	<b>NIT / C.C No. :</b>	52173513
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA, AGENDAMIENTO DE LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD, BIODISPONIBILIDAD-BIOEQUIVALENCIA DE LOS REGISTROS SANITARIOS QUE REQUIEREN CONCEPTO DE LAS SALAS DE LA COMISIÓN REVISORA.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 55.220.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	2025-01-24	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	300
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2025-01-27	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2025-11-26
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 2025-07-27	<b>HASTA:</b>	2025-08-26
<b>PAGO NÚMERO:</b>	7	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de medicamentos y productos biológicos
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en el estudio, agendamiento de las solicitudes de trámites de modificación que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora, así como en la evaluación Farmacológica de seguridad y eficacia de los tramites de Registro Sanitario de síntesis Química y Productos Biológicos, de acuerdo con la documentación técnica científica aportada por los interesados de conformidad con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	Estudio de trámites y elaboración de conceptos y FIEs referentes a Respuestas de auto:  1. 20221087486- A 2. 20221116052-A 3. 20221149472-A 4. 20221210384-A 5. 20221285497-A 6. 20221285501-A 7. 20221147273-A 8. 20221147307-A 9. 20221156989-A 10. 20221157037-A	- Diligenciamiento y entrega de FIE. - Cargue en la carpeta correspondiente de Share Point los trámites de bioequivalencia asignados. - Envío de FIEs a correo fies.rsmpb@invima.gov.co
2	Apoyar en la proyección de conceptos técnicos y actos administrativos con la información correspondiente a la evaluación Farmacológica de seguridad y eficacia de los trámites de Registro Sanitario de síntesis Química y Productos Biológicos de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	No se lleva a cabo en este periodo	N/A
3	Brindar apoyo en respuesta de las consultas y solicitudes de los		Respuesta en Sesuit

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

	interesados que estén relacionadas con registros sanitarios y/o las distintas modificaciones de los niveles de riesgo de productos Biológicos, de Síntesis Química de conformidad con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	Se responde la siguiente correspondencia: -20241166539 -20251049960	
4	Brindar apoyo en la atención a usuarios en temas relacionados al objeto contractual de conformidad con lo asignado por el supervisor del contrato.	No se lleva a cabo en este periodo	N/A
5	Actualizar las bases de datos relacionadas con trámites de registros sanitarios y/o modificaciones de productos Biológicos, de Síntesis Química, de acuerdo con el plan de trabajo asignado.	Cargue en la carpeta correspondiente de Share Point los trámites de Bio-Bio asignados.	Trámites de Bio-Bio asignados cargados en la carpeta correspondiente de Share Point del GRSMSQI.
6	Asistir a las reuniones y/o mesas de trabajo relacionadas con el objeto contractual a las que sea convocado por el supervisor del contrato.	1. Asistencia a capacitación de Entrenamientos sistema de correspondencia y PQRDS.05.08/2025) (	Registros de asistencia.

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 julio/agosto del año 2025.

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)
7	\$5.522.000	\$4.000.000	30	\$640.000 + \$500.000 + \$20.900	No. No. 9489904494	Aportes en línea

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

8	\$5.522.000	\$4.500.000	30	\$720.000 + \$562.500 + \$23.500	No. No. 9491349675	Aportes en línea
---	-------------	-------------	----	--	-----------------------	---------------------

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 55.220.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 38.654.000
Saldo del contrato	\$ 16.566.000

**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
06	X	

Atentamente,

**Firma**  
**ROSA MERY NIÑO PEREZ**  
**Contratista**  
**C.C. No. 52173513**

Recibí a satisfacción:

**Firma**  
**ANA MARÍA RIAÑO SÁNCHEZ**  
COORDINADOR DE REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS DE SÍNTESIS QUÍMICA IMPORTADOS  
Supervisor Contrato No. \_122\_ de 2025 a partir del 5 de mayo del 2025

**GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ**  
Profesional especializado  
**Coordinador Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora**  
**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**  
**Supervisor del Contrato 122 de 2025**