



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	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA		NIT/ CC No.	1023927872-7	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:dporrasg@invima.gov.co">dporrasg@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3015793277	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	188 de 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	300 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACÉUTICA Y DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR LOS ESTABLECIMIENTOS EN EL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS DE SU COMPETENCIA (BIOLÓGICOS, DE SÍNTESIS QUÍMICA, SUPLEMENTOS DIETARIOS, FITOTERAPÉUTICOS, HOMEOPÁTICOS).				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	29/01/2025	FECHA DE INICIO	30/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN	29/11/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 55.220.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 11.044.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 5.522.000	VALOR PAGADO	49.698.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 9)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(30 de Septiembre al 29 de Octubre del 2025)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	66799904439
<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>					
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	N/A	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	SI		
Carné	N/A	Otros. Cuales?	N/A		
indique las observaciones respectivas					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	9494025454				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	oct-25	2025 -11-20	\$276100	SALUD TOTAL	
PENSIÓN	oct-25	2025 -11-20	\$353500	PORVENIR	
ARL	oct-25	2025 -11-20	\$11600	POSITIVA	
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.					
<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)					
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 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	
		2025	11	21	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:			
<b>Andrey Forero Espinosa</b> Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos Biológicos y Radiofármacos		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.					

Se certifica que DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA identificado(a) con CC 1023927872 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

### PORRAS GAVIRIA DAVID ORLANDO CC 1023927872

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
2025-10	2025-10	1941891142	9494025454	I	2025-11-20																		
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC				Cotización													
AFP		PORVENIR		30	16%	\$2,208,800				\$353,500													
ARL		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		30	0.522%	\$2,208,800				\$11,600													
CCF		COLSUBSIDIO		30	2%	\$2,208,800				\$44,200													
EPS		SALUD TOTAL		30	12.5%	\$2,208,800				\$276,100													

Este certificado se expide el día 2025-11-20 a las 10:52.

	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>	188 de 2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	DAVID ORLANDO PORRAS GAVIRIA	<b>NIT / C.C No. :</b>	1023927872-7
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN FARMACÉUTICA Y DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR LOS ESTABLECIMIENTOS EN EL PROCESO DE REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS DE SU COMPETENCIA (BIOLÓGICOS, DE SÍNTESIS QUÍMICA, SUPLEMENTOS DIETARIOS, FITOTERAPÉUTICOS, HOMEOPÁTICOS)		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 55'220.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	<b>2025-01-29</b>	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	<b>300</b>
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2025-01-30</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2025-11-29</b>
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE: 2025-09-30</b>	<b>HASTA:</b>	<b>2025-10-29</b>
<b>PAGO NÚMERO:</b>	<b>9</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	Andrey Forero Espinosa		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
<b>N o.</b>	<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>	<b>ACCIONES REALIZADAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
1	Brindar apoyo en la evaluación farmacéutica y emisión de conceptos técnicos sobre la documentación aportada por los interesados para la obtención de registros sanitarios y/o las distintas modificaciones de los niveles de riesgo de productos Biológicos, de Síntesis Química, Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos, Homeopáticos, de conformidad con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.	1. Estudios de Tramites asociados a Modificación de Registro Sanitario de Productos Biológicos.	1.1 Radicado 20241268545 Modificación de Riesgo Mayor Respuesta de auto de 6 Octubre. <b>Tiempo de estudio 0.5 días (viene de cuenta de septiembre)</b> 1.2 Radicado 20251024648 Modificación de Riesgo Mayor Estudio Inicial 07 de Octubre realización de estudio. <b>Tiempo de estudio 0.3 días (viene de cuenta de septiembre)</b> 1.3 Radicado 20251031979 Modificación de Riesgo Mayor Estudio Inicial de 08 Octubre al 14 de Octubre realización de estudio. <b>Tiempo de estudio 4.2 días</b>



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

			<p>1.4 Radicado 20251077359 Modificación de Riesgo Moderado Estudio Inicial de 16 Octubre al 17 de Octubre realización de estudio. <b>Tiempo de estudio 1.2 días.</b></p> <p>1.5 Radicado 20231130119 Transcripción respuesta de auto Registro Sanitario Unificado Inicial de 20 Octubre al 21 de Octubre realización de estudio. <b>Tiempo de estudio 1.0 días.</b></p> <p>1.6 Radicado 20231163118 Renovación Rta Auto y Transcripción Inicial de 22 Octubre al 29 de Octubre realización de estudio. <b>Tiempo de estudio parcial 5.8 días de 6.0 días</b></p> <p><b>Tiempo parcial de las actividades: 13 días</b></p>
<p><b>2</b></p>	<p>Apoyar en la elaboración de actos administrativos con la información correspondiente a la evaluación farmacéutica de calidad de las solicitudes de registro sanitario de productos competencia del área de acuerdo con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitaciones, reuniones, actividades varias</li> <li>2. Revisión de Intenciones de radicación D-334.</li> <li>3. Tutoría pasante Laura y Katherine</li> </ol>	<p>1.1 Capacitaciones, reuniones, actividades varias Grupo, Reunión de grupo 02/10/2025 Reunión de grupo 09/10/2025 <b>Tiempo (0.5 días)</b></p> <p>1.2 Directriz pausas activas (10 min cada 2h) y otras actividades. <b>Tiempo (1.0 días)</b></p> <p>2.1 Revisión de Intenciones de radicación D-334 mes de Octubre <b>Tiempo (3.7 días)</b></p> <p>3.1 Se realiza la tutoría para la realización de FIES y Resoluciones Laura Cortes y Katherine <b>Tiempo (1.8 días)</b></p> <p><b>Tiempo parcial de las actividades: 7 días</b></p>
<p><b>3</b></p>	<p>Brindar apoyo en la elaboración de respuestas</p>	<p>En este periodo no se asignaron actividades</p>	<p>....</p>



**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

	<p>a las consultas y solicitudes de los interesados que estén relacionadas con registros sanitarios y/o las distintas modificaciones de los niveles de riesgo de productos Biológicos, de Síntesis Química, Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos, Homeopáticos, de conformidad con el plan de trabajo asignado por el supervisor del contrato</p>	<p>relacionadas con esta obligación debido al plan de contingencias de la Dirección de Medicamentos</p>	
<p><b>4</b></p>	<p>Brindar apoyo en la atención a usuarios en temas relacionados al objeto contractual de conformidad con lo asignado por el supervisor del contrato</p>	<p>1. Citas de atención a usuario</p>	<p>Actividades de atención a usuario presencial o virtual Octubre (incluyendo cita, elaboración y envío de acta)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita de atención a usuario Sanofi 02/10</li> <li>• Cita de atención a Dr Reddys 02/10</li> <li>• Cita de atención Takeda 09/10</li> <li>• Cita Merck 09/10.</li> <li>• Cita GSK 16/10</li> <li>• Cita Takeda 23/10</li> </ul> <p><b>Tiempo (1.0 días)</b></p>
<p><b>5</b></p>	<p>Apoyar en la Actualización de las bases de datos relacionadas con trámites de registros sanitarios y/o modificaciones de productos Biológicos, de Síntesis Química, Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos, Homeopáticos de acuerdo con el plan de trabajo asignado.</p>	<p>En este periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación debido al plan de contingencias de la Dirección de Medicamentos</p>	<p>....</p>
			<p><b>Sumatoria Total:</b></p> <p>13 días + 7 días + 1 días = <b>21 días</b></p>

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	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 Octubre del año 2025.

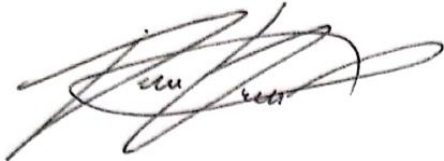
Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por(operador)
9	\$ 5.522.000	\$2.208.800	30	\$641.200	94940254 54	Aportes en línea

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 55.220.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 49.698.000
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
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	
9	X	



**Firma**  
**DAVID PORRAS GAVIRIA**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1023927872**

Recibí a satisfacción:



**ANDREY FORERO ESPINOSA**  
 Coordinador Grupo de Registros Sanitarios de  
 Medicamentos Biológicos y Radiofármacos  
 Dirección de Medicamentos y Productos  
 Biológicos.  
 Supervisor del Contrato 188 de 2025