| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS |
|---|---|---|---|
| invima | **FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN** | | |
| | Código: GAD-ABS-FM009 | Versión: 03 | Fecha de emisión: 03/07/2020 |

**1. DATOS GENERALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA** | **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA** | **NIT/ CC No.** | 80063119 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | MJIMENEZS@INVIMA.GOV.CO | **TELÉFONO** | 3103447068 |
| **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** | **No. 051 de 2021** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **11 meses** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE TRADUCCIÓN OFICIAL Y TÉCNICA ESPAÑOL-INGLÉS Y VICEVERSA DE DOCUMENTOS ESCRITOS Y DE MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DEL INVIMA.** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **13/01/2021** | **FECHA DE INCIO** | **13/01/2021** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **12/12/2021** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 34,389,190** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 28,136,610** | **VALOR A PAGAR** | **$ 3,126,290** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 25,010,320** | **VALOR PAGADO** | **9,378,870** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **3** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **13 DE MARZO A 12 DE ABRIL DE 2021** |
| **BANCO** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA** | **AHORROS** | **No DE CUENTA** | **4552 7006 4344** |

**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)**

N/A

**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** | N/A | **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** | | **49441155** | | |
|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **feb-21** | **12/03/2021** | **$ 350,000** | **EPS SANITAS** |
| **PENSIÓN** | **feb-21** | **12/03/2021** | **$ 448,000** | **COLPENSIONES** |
| **ARL** | **feb-21** | **12/03/2021** | **$ 14,700** | **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 EJECUCION 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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.**

| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | **DD** | **MM** | **AA** | |
|---|---|---|---|---|
| | 12 | 4 | 2021 | |



**Liliana Rocio Ariza Ariza**

**Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales**

| | |
|---|---|
| **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| **Nombre** | |
| **Fecha de revisado:** | |
| **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-ABS-MN002.

| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | |
|---|---|---|---|
| invima | **FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA** | | |
| | Código: GAD-ABS-FM027 | Versión: 01 | Fecha de emisión: 10/06/2020 |

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO** | *No. 051 de 2021* | | | |
| **CONTRATISTA:** | **MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA** | | **NIT / C.C No. :** | *80063119* |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE TRADUCCIÓN OFICIAL Y TÉCNICA ESPAÑOL-INGLÉS Y VICEVERSA DE DOCUMENTOS ESCRITOS Y DE MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DEL INVIMA. | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 34.389.190 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | **13/01/2021** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | **13/01/2021** |
| **FECHA DE INICIO:** | **13/01/2021** | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | **12/12/2021** |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | **13 MARZO 2021** | **HASTA:** | **12 ABRIL 2021** |
| **PAGO NÚMERO:** | **03** | | **DEPENDENCIA:** | **Oficina de Asuntos Internacionales** |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **Liliana Rocio Ariza Ariza - Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales** | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | | | **ACCIONES REALIZADAS** | | | **EVIDENCIAS** | | | |
| **Obligación contractual desarrollada** | **Descripción de la actividad desarrollada** | | | | | | | | |
| | **Documento para traducir** | | **Tipo de documento** | **Conteo de palabras** | **Inglés - Español - Inglés** | **Carpeta compartida** | **Prio-ritario** | **Comen-tarios** | **Status** |
| Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima. | 1 | Documento Essential Principles N47 - Parte 2 | Documento Dispositivos | 5,617 | Englés-Español | Carpeta Compartida OAI | | | **OK** |
| Traducción Técnica Profesional y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima. | 2 | IVC-INS-MN003 Manual de Inspección en Mataderos - Parte 2 | Manual DAB | 8,744 | Español-Inglés | Carpeta Compartida OAI | | | **OK** |
| Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima. | 3 | IVC-INS-PR001 Procedimiento de Inspección In-Situ Parte I | Procedimiento DAB | 509 | Español-Inglés | Carpeta Compartida OAI | | | **OK** |
| Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima. | 4 | Documento DAB - CL2021 9 OCS-FL 2 | Documento DAB | 1,095 | Español-Inglés | Carpeta Compartida OAI | Prioritario | | **OK** |
| Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima. | 5 | Colombia Draft Proposal March 2021 | Documento OAI | 2,032 | Inglés-Español | Carpeta Compartida OAI | Prioritario | | **OK** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Total** | **18.015** | | | | | |
| | | | **Total por mes** | **18.000** | | | | | |
| | | | **Saldo para Sig. Período** | | | | | | |

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 |
| 2. | 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 **MARZO** del año **2021**.

| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **03** | **$ 3.126.290** | **$ 2.800.000** | **30** | **$ 812.700** | **49441155** | **miplanilla** |

## 5. BALANCE FINANCIERO

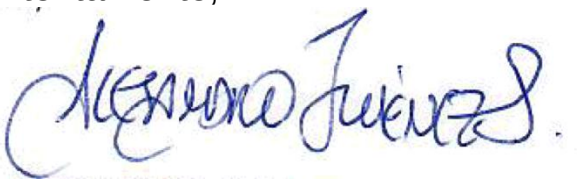
| | | |
|---|---|---|
| Valor total del contrato | **$** | **34,389,190** |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | **$** | **9,378,870** |

| | |
|---|---|
| Saldo del contrato | **$ 25,010,320** |

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

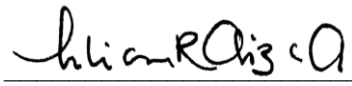
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 03 | X | |

Atentamente,



**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**
**Contratista**
**C.C. No. 80.063.119**

Recibí a satisfacción:



**Liliana Rocio Ariza Ariza**
**Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales**
**Supervisor(a) Contrato No. 051 de 2021**

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 | 80063119 | MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA | KRA 54D #188-41 INT 9 APTO 502 | 4692778 | malejisa@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 23/03/2021 | 49441155 | $812.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 350.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 350.000 | 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 | 448.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 448.000 | 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 | 14.700 | | | | 14.700 | 0 | 0 | 14.700 | | | 147 | 14.700 | 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 | 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 | 350.000 | 350.000 |
| Pensión | 1 | 448.000 | 448.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.700 | 14.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 812.700 | 812.700 |

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 | 80063119 | MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA | | KRA 54D #188-41 INT 9 APTO 502 | 4692778 | malejisa@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 23/03/2021 | 49441155 | $812.700 | |

## 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 | Estornado | 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 | 80063119 | JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.800.000 | 448.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.800.000 | 350.000 | 14-23 | 2.800.000 | 1 | 14.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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