	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	**ALBERTO ENRIQUE FERNANDEZ MORRIS**	**NIT/ CC No.**	7458833-0
CORREO ELECTRÓNICO	albertofernandezmorris@hotmail.com	**TELÉFONO**	3006576894 y 315 296 6488
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	**454 de 2020**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**201 DIAS.**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INVIMA PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS, EN LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL PUERTO DE CARTAGENA.**		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**28 MAYO DE 2020**	**FECHA DE INCIO**	**28 MAYO DE 2020**
FECHA DE TERMINACIÓN	**18 DE DICIEMBRE 2020**		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 24.790.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 17.390.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.700.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 13.690.000**	**VALOR PAGADO**	**11.100.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**28 de Julio al 27 de Agosto 2020**
BANCO	**AGRARIO DE COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**01660011974-9**

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	N/A	**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		**9409718996**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2020-08**	**25/08/2020**	**$185.000**	**FOSYGA REGIMEN DE EXCEPCIÓN.**
PENSIÓN	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
ARL	**2020-08**	**25/08/2020**	**$7.800**	**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. Durante el periodo del 28 de Julio al 27 de Agosto de 2020 el Contratista, entre otras actividades, realizó las siguientes verificación y generación de lista de chequeos. 20201132737, 20201132827, 20201132879, 20201128577, 20201131976, 20201133047, 20201132675,

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**
	27	8	2020

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado:
GLORIA CONSTANZA ENCISO BOHORQUEZ **DIRECCION DE OERACIONES SANITARIAS. GRUPO DE CONTROL EN PUERTOS, AEROPUERTOS Y PASOS DE FRONTERA.**	**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 Interventoria y Supervisión GAD-ABS-MN002.