	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
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

CONTR ATISTA	**JUAN CARLOS ROMERO VENEGAS**	**NIT/ CC No.**	**79.516.486**
CORREO ELECTRÓNICO	jromerov@invima.gov.co	**TELÉFONO**	**3142037513**
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**377-2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**323**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA EN LA GESTIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1080 DE 2015, ACUERDO 05 DE 2013, Y EL ACUERDO 002 DE 2014 PARA LA CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL, ADEMÁS DE GUÍAS Y MANUALES DEL AGN, DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO DE ORGANIZACIÓN DE LA ENTIDAD**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-24**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-24**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTR ATO	**$28.888.344**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTR ATO**	**$23.522.088**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.683.128**
NUEVO SALDO DEL CONTR ATO	**$20.838.960**	**VALOR PAGADO**	**$ 8.049.384**	**No. PAGO QUE SE CERTIFIC A**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(24 de Marzo al 23 de Abril 2022)**
BANCO	**Banco Caja Social**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORRO**	**No DE CUENTA**	**24105627748**

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, certific o 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 for mato

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. Cuáles?**	N/A	

indique las observaciones res pectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9431794503 / 9433912637**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAG ADO**	**ENTID AD**
SALUD	**2022-02**	**2022-04-13 / 2022-04-25**	**$ 125.000 / $ 9.200**	**FAMISANAR**
PENSIÓN	**2022-02**	**2022-04-13 / 2022-04-25**	**$ 160.000 / $ 11.800**	**PORVENIR**
ARL	**2022-02**	**2022-04-13 / 2022-04-25**	**$ 5.300 / $ 400**	**POSITIVA**
CCF	**2022-02**	**2022-04-13 / 2022-04-25**	**$ 20.000 / $ 1.500**	**CAFAM**

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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 conform idad con las norm as vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el inform e de actividades, corres pondiente al período de cobro, objeto de la pres ente certificac ión.

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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**	
	2022	**4**	**27**	

Yudy Paola Fajardo Reyes	**Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal**	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Yudy Paola Fajardo Reyes **Coordinadora del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia**	**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 inform e final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

Planilla Integrada

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79516486		ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 SUR # 29 c - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7273406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	46180191	9431794503	I	2022/03/18	2022/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	25	$310,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	79516486	ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1																										

Total **Afiliados(1)**

PLANILLA PAGADA

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.000.000	No		PORVENIR	30	$ 1.000.000	16%	SIN RIESGO	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000		FAMISANAR	30	$ 1.000.000	12,5%	$ 125.000	$
																					$ 160.000						$ 125.000	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 125.000		CAFAM	30	$ 1.000.000	2%	$ 20.000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.000.000	0,522%	1	$ 5.300	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 125.000						$ 20.000						$ 5.300				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79516486		ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 SUR # 29 c - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7273406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	46180191	9431794503	I	2022/03/18	2022/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	25	$310,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$310,300	$0	$0	$310,300

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79516486		ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 SUR # 29 c - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7273406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	33567956	9433912637	N	2022/03/18	2022/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	38	$22,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	79516486	ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No												A																
2	CC	79516486	ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No												C	X															
Total		**Afiliados(1)**																																				

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.000.000	No		PORVENIR	30	($ 1.000.000)	16%	SIN RIESGO	($ 160.000)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	($ 160.000)		FAMISANAR	30	($ 1.000.000)	12,5%	($ 125.000)	$
							$ 1.000.000	No		PORVENIR	30	$ 1.073.252	16%	SIN RIESGO	$ 171.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 171.800		FAMISANAR	30	$ 1.073.252	12,5%	$ 134.200	$
																					$ 11.800						$ 9.200	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	($ 125.000)		CAFAM	30	($ 1.000.000)	2%	($ 20.000)	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	($ 1.000.000)	0,522%	1	($ 5.300)	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0	$ 134.200		CAFAM	30	$ 1.073.252	2%	$ 21.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.073.252	0,522%	1	$ 5.700	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 9.200						$ 1.500						$ 400				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79516486		ROMERO VENEGAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 SUR # 29 c - 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7273406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	33567956	9433912637	N	2022/03/18	2022/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	38	$22,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,800	$0	$0	$11,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$11,800	$0	$0	$11,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$0	$0	$400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$400	$0	$0	$400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$0	$0	$1,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$1,500	$0	$0	$1,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$9,200	$0	$0	$9,200
TOTAL				1	$22,900	$0	$0	$22,900