	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

CONTRATISTA	**JUAN CARLOS ROMEO VENEGAS**	**NIT/ CC No.**	**79516486**
CORREO ELECTRÓNICO	juanchopsa69@gmail.com	**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**	**2022-12-16**
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 MANUALS 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 CONTRATO	**$ 28.888.344**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 20.838.960**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.683.128**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 18.155.832**	**VALOR PAGADO**	**10.732.512**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 4**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**24 abril al 23 mayo del 2022**
BANCO	**Banco Caja Social**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**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, 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	**9433912677 - 94343369077**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**2022-03 / 2022-04**	**2022-05-11**	**$134.200 / $134.200**	**FAMISANAR**
PENSIÓN	**2022-03 / 2022-04**	**2022-05-11**	**$171.800 / $171.800**	**PORVENIR**
ARL	**2022-03 / 2022-04**	**2022-05-11**	**$5.700 / $5.700**	**POSITIVA**
CCF	**2022-03 / 2022-04**	**2022-05-11**	**$21.500 / $21.500**	**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 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-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	5	25

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

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**
2022-03	2022-03	53033486	9433912677	I	2022/04/22	2022/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	14	$333,200

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	
Total	**Afiliados(1)**							

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
1																									

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

							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
							$ 1.073.252	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	$
																					$ 171.800						$ 134.200	

			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	$ 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
	$ 134.200						$ 21.500						$ 5.700				$ 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
2022-03	2022-03	53033486	9433912677	I	2022/04/22	2022/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	14	$333,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$171,800	$0	$0	$171,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$171,800	$0	$0	$171,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$0	$0	$5,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,700	$0	$0	$5,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$134,200	$0	$0	$134,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$134,200	$0	$0	$134,200
TOTAL				1	$333,200	$0	$0	$333,200

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
2022-04	2022-04	32961710	9434369077	I	2022/05/19	2022/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$333,200

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																											

Total **Afiliados(1)**

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

							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
							$ 1.073.252	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	$
																					$ 171.800						$ 134.200	

			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	$ 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
	$ 134.200						$ 21.500						$ 5.700				$ 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
2022-04	2022-04	32961710	9434369077	I	2022/05/19	2022/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$333,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$171,800	$0	$0	$171,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$171,800	$0	$0	$171,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$0	$0	$5,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,700	$0	$0	$5,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$134,200	$0	$0	$134,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$134,200	$0	$0	$134,200
TOTAL				1	$333,200	$0	$0	$333,200