

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		fecha de emisio 2022-02-01
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO		NIT/ CC No.	94063303	
CORREO ELECTRÓNICO	acampod@invima.gov.co		TELÉFONO	3155382578	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		NO		
No. CONTRATO	335 -2022		TERMINO DE EJECUCIÓN	328 días	
OBJETO DEL CONTRATO	prestar servicios profesionales al grupo de registros sanitarios de la direccion de alimentos y bebidas para fortalecer el proceso de aseguramiento sanitario realizando la evaluacion de requerimientos juridicos en el procedimiento de expedicion de notificacion sanitaria,permiso sanitario y tramites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta dirreccion				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2022-01-19	FECHA DE INCIO	2022-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2022-12-16
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 42.182.702,40	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 34.466.354,4	VALOR A PAGAR	\$ 3.858.174
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	30.608.180,4	VALOR PAGADO	11.574.522	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	3
TIPO DE PAGO	parcial	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	19 de marzo a 18 de abril 2022
BANCO	Banco Caja Social	TIPO DE CUENTA	Ahorro	No DE CUENTA	24083104903
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)					
NO					
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	NO	
Pago Parafiscales	NO		Ingreso a Almacén	NO	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	NO	
Carné	NO		Otros. Cuales?	NO	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA		1044829829			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2022/03	2022-04-09	\$ 193.000,00	SURA	
PENSIÓN	2022/03	2022-04-09	\$ 247.000,00	COLPENSIONES	
ARL	2022/03	2022-04-09	\$8.100.00	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 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 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	4	26	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		2022-04-26	
ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas		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.					



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-04-11, 04:13:56 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1044829829

Periodo Cotización:

marzo de 2022

Periodo Servicio:

marzo de 2022

Referencia pago (PIN):

8848666770

PAGADO 09/04/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO HERHAN CAMPO DELGADO			Dirección	CR 53 #13 - 15 APTO 202B
Documento	CC94063303			Teléfono	3155382
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALI			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 94063303	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO.	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.543.270	\$ 247.000	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.543.270	\$ 193.000	0,522	\$ 1.543.270	\$ 8.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 448.100		

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.543.270	\$ 1.543.270	\$ 1.543.270	\$ 0	\$ 247.000	\$ 193.000	\$ 8.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 448.100	\$ 0	\$ 448.100