invima	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 emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**HUMBERTO JAVIER VARGAS PEÑARANDA**	**NIT/ CC No.**	72198525
CORREO ELECTRÓNICO	hvargasp@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3002456108
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	**193 DE 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**16/12/2022**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES JURIDICOS PARA APOYAR LEGALMENTE EN LA GESTIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y METAS ESTABLECIDAS RESPECTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTUACIONES A CARGO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-17**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-17**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 57.200.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 36.400.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.200.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 31.200.000**	**VALOR PAGADO**	**26.000.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 5)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(17 de mayo al 16 de junio del 2022)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	ahorros	**No DE CUENTA**	**24887996667**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prorrogas, 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**		
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**		

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9436306663**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2022-05**	**2022-06-21**	**$ 260.000**	**SURA**
PENSIÓN	**2022-05**	**2022-06-21**	**$ 332.800**	**PROTECCION**
ARL	**2022-05**	**2022-06-21**	**$ 10.900**	**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	6	22

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	
GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO **DIRECTOR DE MEDICAMENTOS YPRODUCTOS BIOLOGICOS**	**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-GCT-MN2.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72198525		VARGAS PEÑARANDA HUMBERTO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 59 56	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3329691	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	1515430480	9436306663	I	2022/06/07	2022/06/21	BANCOLOMBIA	14	$603,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$10,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$10,900		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$10,900		$0	$0
1	CC	72198525	VARGAS HUMBERTO	230201	30 $2,080,000	$332,800	EPS010	30	$2,080,000	$260,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,080,000	$10,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$10,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72198525		VARGAS PEÑARANDA HUMBERTO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 59 56	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3329691	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	1515430480	9436306663	I	2022/06/07	2022/06/21	BANCOLOMBIA	14	$603,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,800	$0	$0	$332,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$332,800	$0	$0	$332,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,900	$0	$0	$10,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,900	$0	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,000	$0	$0	$260,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$260,000	$0	$0	$260,000
TOTAL				1	$603,700	$0	$0	$603,700

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	(No.193-2022)			
CONTRATISTA:	Humberto Javier Vargas Peñaranda		**NIT / C.C No. :**	72198525
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES JURÍDICOS PARA APOYAR LEGALMENTE EN LA GESTIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y METAS ESTABLECIDAS RESPECTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTUACIONES A CARGO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 57.200.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	17-01-2022		**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	16-12-2022
FECHA DE INICIO:	17-01-2022		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	16-12-2022
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	17-05-2022	**HASTA:**	16-06-2022
PAGO NÚMERO:	5		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar jurídicamente la revisión y proyección de conceptos, respuestas a las peticiones recibidas por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en el marco de sus competencias.	Revisión de respuestas, peticiones y tutelas, previa firma y asignadas por el director de medicamentos.	
2	Brindar apoyo en el desarrollo de actividades de iniciativas de articulación interinstitucional en la formulación de estrategias para proteger la salud pública en actividades a cargo de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	N/A	
3	Revisar y conceptualizar sobre las respuestas de peticiones, quejas, reclamos y demás peticiones que requieran asesoría legal por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Revisión de respuestas, peticiones y tutelas, previa firma y asignadas por el director de medicamentos.	
4	Brindar apoyo jurídico a la	N/A	

	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos en las actividades de articulación con los Grupos de Trabajos Territorial respecto de los temas y productos vigilados por la dependencia.		
5	Prestar apoyo en las demás actividades de orden jurídico que tengan relación con el objeto contractual y sean acordadas con el supervisor del contrato.	N/A	
6	Apoyar en la implementación y uso de las plataformas de información y demás que establezca la entidad en sus procesos de transformación digital.	N/A	

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

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 MAYO del año 2022.

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)
4	5.200.000	2.080.000	30	$603.700	9436306663	Aportes en línea.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 57.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 26.000.000
Saldo del contrato	$ 31.200.000

6. PUBLICACION 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
1,2,3,4	X	

Atentamente,

Firma
HUMBERTO JAVIER VARGAS PEÑARANDA
Contratista
C.C. No. 72.198.525

Firma
GUILLERMO JOSE PEREZ
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 193 de 2022