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	**HECTOR ARTURO ZULETA GARCIA**	**NIT/ CC No.**	73196216
CORREO ELECTRÓNICO	hzuletag@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3157365696
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	**505 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**300 DIAS**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS, PLANES DE GESTIÓN DE RIESGO E INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, FITOTERAPÉUTICOS, SUPLEMENTOS DIETARIOS, HOMEOPÁTICOS Y EMITIR CONCEPTO MEDICO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE POS COMERCIALIZACIÓN ASOCIADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**26/01/2022**	**FECHA DE INCIO**	**27/01/2022**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**26/11/2022**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 49.944.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 9.988.800**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.994.400**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 4.994.400**	**VALOR PAGADO**	**$ 44.949.600**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**9**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(27 de septiembre de 2022 al 26 de Octubre del 2022)**
BANCO	**COLPATRIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**9352000637**

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	NO		**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		**9441899797**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**SEPTIEMBRE**	**26/10/2022**	**$ 292.500**	**SANITAS EPS**
PENSIÓN	**SEPTIEMBRE**	**26/10/2022**	**$ 374.400**	**PROTECCION**
ARL	**SEPTIEMBRE**	**26/10/2022**	**$ 57.100**	**COLPATRIA**

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

(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:	**AA**	**MM**	**DD**	
	2022	11	1	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	
JUDITH DEL CARMEN MESTRE ARELLANO **Asesor de Dirección General con delegación de funciones de Coordinación del Grupo de Farmacovigilancia**	**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.

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 73196216		ZULETA GARCIA HECTOR ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 98#42G-105 TORRE 1 APTO 1003	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3337533	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1723834893	9441899797	I	2022/10/06	2022/10/26	SCOTIABANK COLPATRIA	20	$737,900

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)					$2,340,000	$374,400			$2,340,000	$292,500			$0	$0			$2,340,000	$57,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,340,000	$374,400			$2,340,000	$292,500			$0	$0			$2,340,000	$57,100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,340,000	$374,400			$2,340,000	$292,500			$0	$0			$2,340,000	$57,100		$0	$0
1	CC	73196216 ZULETA HECTOR	230201	30	$2,340,000	$374,400	EPS005	30	$2,340,000	$292,500		0	$0	$0	14-4	30	$2,340,000	$57,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,340,000	$374,400			$2,340,000	$292,500			$0	$0			$2,340,000	$57,100		$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 73196216		ZULETA GARCIA HECTOR ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 98#42G-105 TORRE 1 APTO 1003	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3337533	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1723834893	9441899797	I	2022/10/06	2022/10/26	SCOTIABANK COLPATRIA	20	$737,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$374,400	$7,200	$0	$381,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$374,400	$7,200	$0	$381,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,100	$1,100	$0	$58,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$57,100	$1,100	$0	$58,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$292,500	$5,600	$0	$298,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$292,500	$5,600	$0	$298,100
TOTAL				1	$724,000	$13,900	$0	$737,900