	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	**Margot Cecilia Parra Galindo**			**NIT/ CC No.**	51.870.703
CORREO ELECTRÓNICO	mparraq@invima.gov.co			**TELÉFONO**	3124385340
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	**686 - 2022**			**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2022-12-16**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA DAR CONTINUIDAD Y CUMPLIMIENTO AL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA INSPECCION , VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS -INVIMA A NIVEL NACIONAL**				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-08-04**	**FECHA DE INCIO**	**2022-08-04**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 11.083.333**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 3.583.333**	**VALOR A PAGAR**	**$ 2.500.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 1.083.333**	**VALOR PAGADO**	**10.000.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 4**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**04 de noviembre al 03 de diciembre del 2022)**
BANCO	**Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**2870529472**

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)

N/A

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		**63395137**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Noviembre**	**2022-12-02**	**125.000**	**Sanitas**
PENSIÓN	**Noviembre**	**2022-12-02**	**160.000**	**Colpensiones**
ARL	**Noviembre**	**2022-12-02**	**5.300**	**Positiva Seguros**

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	12	5

MIRIAM DEL CARMEN SAN MIGUEL CANTILLO

JEFE DE LA OFICINA DE ATENCION AL CIUDADANO

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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.

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO		CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcita_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	02/12/2022	63395137	$290.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

Powered by CamScanner

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO		CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcita_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	02/12/2022	63395137	$290.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51870703	PARRA GALINDO MARGOT CECILIA	59	0			N																	25-14	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS005	1,000,000	125,000	14-23	1,000,000	1	5,300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Powered by CamScanner

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	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	686 - 2022			
CONTRATISTA:	Margot Cecilia Parra Galindo		**NIT / C.C No. :**	*51.870.703*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA DAR CONTINUIDAD Y CUMPLIMIENTO AL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA INSPECCION , VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS -INVIMA A NIVEL NACIONAL			
VALOR DEL CONTRATO	$ 11.083.333			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2022-08-04**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2022-12-16**
FECHA DE INICIO:	**2022-08-04**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2022-12-16**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022-11-04**	**HASTA:**	**2022-12-03**
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	**OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MIRIAM DEL CARMEN SAN MIGUEL CANTILLO			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar la radicación de trámites de Registro Sanitario — NS- NSO en las herramientas dispuestas para ello'		
2	Brindar acompañamiento a los usuarios en temas relacionados a la expedición de Registros Sanitarios y trámites asociados, a losproductos competencia del Invima	Apoyo mediante orientación telefónica, chat, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades a la jefe de la oficina la doctora Miriam del Carmen San Miguel Cantillo
3	Apoyar la revisión del cumplimiento de requisitos exigidos para la expedición de Registros Sanitarios y demás trámites asociados presentados por losusuarios de cada uno de los productos competencia de la Entidad	Apoyo mediante orientación telefónica, chat, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades a la jefe de la oficina la doctora Miriam del Carmen San Miguel Cantillo
4	Seguir los procedimientos establecidos para subsanar las inconsistencias presentadas en las actividades relacionadas con radicación y verificación de documentación de los trámites asociados a Registro Sanitario y trámites asociados		
5	Apoyar en las respuestas a las peticiones y consultas que sean competencia de la Oficina de Atención al Ciudadano y que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato	Apoyo mediante orientación telefónica, chat, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades a la jefe de la oficina la doctora Miriam del Carmen San Miguel Cantillo
6	Brindar apoyo en la generación de		

Powered by CamScanner

	informes y reportes periódicos en el avance de registro sanitario		

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 NOVIEMBRE 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	$ 2.500.000	$ 1.000.000	30	$ 290.300	63395137	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 11.083.333
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 10.000.000
Saldo del contrato	$ 1.083.333

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

Powered by CamScanner

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
4	X	

Atentamente,

Firma

Margot Cecilia Parra Galindo
Contratista
C.C. No. 51.870.703

Recibí a satisfacción:

Firma

MIRIAM DEL CARMEN SAN MIGUEL CANTILLO
Jefe de la Oficina de Atención al Ciudadano
Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 686 de 2022

Powered by CamScanner