	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	**Maria Alexandra Castellanos Guacaneme**	**NIT/ CC No.**	53000299
CORREO ELECTRÓNICO	mcastellanosg@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3132812608
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	**043 de 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2023/05/18**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN, RADICACIÓN Y RESPUESTA A LAS PQRDS INCOADAS POR USUARIOS EXTERNOS E INTERNOS.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2023-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-05-18**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 7.768.516**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 5.826.387**	**VALOR A PAGAR**	**$ 1.942.129**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 3.884.258**	**VALOR PAGADO**	**3.884.258**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de Febrero de 2023 al 18 de Marzo del 2023)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros.	**No DE CUENTA**	**4023937030**

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	66043543

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Febrero de 2023**	**2023-03-03**	**145.000**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**Febrero de 2023**	**2023-03-03**	**185.600**	**PORVENIR**
ARL	**Febrero de 2023**	**2023-03-03**	**6.100**	**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**	
	2023	3	21	



Miriam del Carmen San Miguel Cantillo

JEFE OFICINA ATENCIÓN 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.

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	53000299	MARIA ALEXANDRA CASTELLANOS GUACANEME	CLL 163 NO 7 22 APTO 308	6016696281	ALEXACASTELLANOS85@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	66043543	$336.700

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

PAGADA

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**
CC	53000299	MARIA ALEXANDRA CASTELLANOS GUACANEME		CLL 163 NO 7 22 APTO 308	6016696281	ALEXACASTELLANOS85@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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**	
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	66043543	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**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	53000299	CASTELLANOS GUACANEME MARIA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	043 de 2023			
CONTRATISTA:	MARIA ALEXANDRA CASTELLANOS GUACANEME		**NIT / C.C No. :**	*53000299*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ORIENTACIÓN, RADICACIÓN Y RESPUESTA A LAS PQRDS INCOADAS POR USUARIOS EXTERNOS E INTERNOS.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 7.768.516			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-01-19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**2023-05-18**
FECHA DE INICIO:	**2023-01-19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-05-18**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2023-02-19**	**HASTA:**	**2023-03-18**
PAGO NÚMERO:	**02**		**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	Gestionar la recepción y asignación a las solicitudes de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias*PQRSD interpuestas por la comunidad respecto a los productos y servicios competencia del Invima.	Recepción y gestión de solicitudes relacionadas con problemas de documentos y formularios de Invima.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
2	Recibir por los diferentes canales de atención las solicitudes de PQRDS con sus respectivos anexos.	Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
3	Brindar apoyo en la respuesta a los requerimientos que formulen los ciudadanos internos y externos de la entidad.	Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
4	Suministrar a los usuarios y ciudadanía en general atención e información oportuna en cuanto a	Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.

	las competencias de la oficina de atención al Ciudadano.		
5	Brindar apoyo en la atención al ciudadano que solicita orientación acerca de los trámites y servicios que presta la entidad, por los diferentes canales de comunicación establecidos.	Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
6.	Radicar en el aplicativo correspondiente a PQRDS que tiene dispuesto el instituto las solicitudes allegadas por los ciudadanos.	Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
7.	Brindar acompañamiento a la Oficina de Atención al Ciudadano en las solicitudes radicadas para las dependencias del Instituto por los canales adoptados.	Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.
8.	Apoyar en la proyección de oficios y/o respuestas a derechos de petición de usuarios u otras dependencias, que sean competencia de la Oficina de Atención al Ciudadano dentro de los tiempos establecidos.	Gestión de solicitudes y dar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.	Informe de actividades a la jefe de la oficina.

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 FEBRERO del año 2023.

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)
02	1.942.129	1.160.000	30	$ 336.700	66043543	MI PLANILLA COMPENSAR .

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 7.768.516
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 3.884.258
Saldo del contrato	$ 3.884.258

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
02	x	

Atentamente,



_____

Firma
María Alexandra Castellanos Guacaneme.
Contratista
C.C. No. 53.000.299 De Bogotá.

Recibí a satisfacción:



_____

Firma
Miriam del Carmen San Miguel Cantillo Cargo
Jefe de Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 043 de 2023.