| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | | GESTIÓN CONTRACTUAL |
|---|---|---|---|
| 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** | **GINA SANELY GOMEZ URUEÑA** | **NIT/ CC No.** | 52514187-4 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | sanegom@gmail.com | **TELÉFONO** | 3168765942 |
| **TIPO DE CONTRATO** | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión | | |
| **No. CONTRATO** | 875 de 2023 | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | 147 DIAS |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS RELACIONADOS CON LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL MÓDULO DE CALIDAD. | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 2023-08-03 | **FECHA DE INCIO** | 2023-08-03 | **FECHA DE TERMINACIÓN** | 2023-12-29 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 27,055,664 | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | $ 27,055,664 | **VALOR A PAGAR** | $ 5,521,564 |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | $ 21,534,100 | **VALOR PAGADO** | $ 5,521,564 | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | Pago 1 |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | N/A | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | Agosto 3 a Septiembre 2 de 2023 |
| **BANCO** | Caja Social | **TIPO DE CUENTA** | Ahorros | **No DE CUENTA** | 2410 987 4870 |

**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** | **70732978** |

| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| **SALUD** | AGOSTO 2023 | 2023-09-14 | $ 276,100 | COMPENSAR EPS |
| **PENSIÓN** | AGOSTO 2023 | 2023-09-14 | $ 353,400 | COLPENSIONES |
| **ARL** | AGOSTO 2023 | 2023-09-14 | $ 11,600 | 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 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.**

| | AAAA | MM | DD | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de expedición de la presente certificación:** | 2023 | 9 | 18 | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| | **Nombre** | |
| | **Fecha de revisado:** | |
| **KELLY JOHANA OSPINA VELÁSQUEZ**<br>**Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Medicamentos de Síntesis Química de Fabricación Nacional - Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos** | **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

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **GINA SANELY GOMEZ URUEÑA**, identificada con **CC** número **52514187**, aportó por el empleado **GINA SANELY GOMEZ URUEÑA**, identificado(a) con **CC** número **52514187** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **70732978** para el periodo de salud **2023-08** y pensiones **2023-08** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | INDICA TARIFA PENSIÓN | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensiones | 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 900336004 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2.208.630 | 0,16000 | | | $353.400 | $0 | $0 | Agosto - 2023 | 70732978 | 14/09/2023 | N |
| Cajas | CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 860066942 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2.208.630 | 0,00600 | | | $13.300 | $0 | $0 | Agosto - 2023 | 70732978 | 14/09/2023 | N |
| Salud | EPS008 | Compensar EPS | 860066942 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2.208.630 | 0,12500 | | | $276.100 | $0 | $0 | Agosto - 2023 | 70732978 | 14/09/2023 | N |
| Riesgos Laborales | 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 860011153 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2.208.630 | 0,00522 | 1 | | $11.600 | $0 | $0 | Agosto - 2023 | 70732978 | 14/09/2023 | N |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Septiembre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.