	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	**LUIS GUILLERMO DUARTE CORREDOR**	**NIT/ CC No.**	**79241192-7**
CORREO ELECTRÓNICO	lduartec@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3144069989
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**904-2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**29 de Diciembre de 2023**
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	**2023-08-08**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-08**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 26.135.403**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 15.092.275**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 9.570.711**	**VALOR PAGADO**	**16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(8 de Octubre al 7 de Noviembre del 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**9170353750**

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	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		**1058171025**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**1/10/2023**	**2023-11-14**	**$280.000**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**1/10/2023**	**2023-11-14**	**$358.400**	**COLPENSIONES**
ARL	**1/10/2023**	**2023-11-14**	**$54.600**	**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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2023	11	16



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO

COORDINADORA GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS

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.

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**904-2023**			
CONTRATISTA:	**LUIS GUILLERMO DUARTE CORREDOR**		**NIT / C.C No. :**	**79.241.192-7**
OBJETO CONTRACTUAL:	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.			
VALOR DEL CONTRATO	**$ 26.135.403**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-08-8**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**142 días**
FECHA DE INICIO:	**2023-08-8**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**8-10-2023**	**HASTA:**	**7-11-2023**
PAGO NÚMERO:	**03**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos**	**MODIFICACIONES**	**Radicados: 20211048811,20211048804, 20191071239,20211034578,** **Total= 4**
2	**Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos**	**RESPUESTA DE AUTO**	**Radicados: 20201163466,20221154362, 20201085424,20211029456, 20191099096,20191237490, 20191223858,20191071239, 20191256964,20211034578, 20201165650,20201256481, 20211199193,20211283506, 20211148306,** **Total= 15**

3	**Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos**	**COMPLETAR DATOS**	**Radicados:** **20211120981,20211190543, 20211168786,20211120981, 20211190543,20211168786, 20211126463,20211179476, 20211190889,20211190891, 20211195343,20211196625, 20211197480,20211201022, 20221068019,20221068025** **Total= 16**
4	**Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos**	**IMPRESIÓN DE AUTO**	**Radicados:** **20211049148,20211292945, 20211292945,20211049148, 20191071239,20211107169, 20211205327** **Total = 7**
5	**Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos**	**TRANSCRIPCIÓN CONCEPTO COMISIÓN REVISORA**	**Radicados:** **20191256964,20201165650,** **Total= 2**
6	**Reunión coordinación y/o socializaciones técnicas**	**2**	**2** **Reunión**

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 Octubre 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)
03	$ 5.521.564	$2.240.000	30	$ 737.800	1058171025	Simple

5. BALANCE FINANCIERO

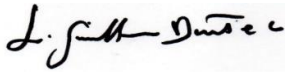
Valor total del contrato	$ 26.135.403
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.564.692
Saldo del contrato	$ 9.570.711

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
01	X	
02	X	
03	X	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO No 03.

Atentamente,



Firma
Luis Guillermo Duarte Corredor
C.C. No. 79.241.192

Recibí a satisfacción:

Firma



DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios
De Productos Fitoterapéuticos.
Dirección de Medicamentos Y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 904 de 2023

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-14, 12:07:09 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1058171025

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8850643030

PAGADO 14/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS GUILLERMO DUARTE CORREDOR		
Documento	CC79241192	**Dirección**	CR 83 #145 - 26 APTO 214 TORRE 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4689767
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79241192	LUIS GUILLERMO DUARTE CORREDOR	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.240.000	$ 358.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.240.000	$ 280.000	2,436	$ 2.240.000	$ 54.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.240.000	$ 44.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 737.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.240.000	$ 2.240.000	$ 2.240.000	$ 2.240.000	$ 358.400	$ 280.000	$ 54.600	$ 44.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 737.800	$ 0	$ 737.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.