	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	**RAFAEL ENRIQUE RODRIGUEZ VILLAMIZAR**	**NIT/ CC No.**	80075507-5
CORREO ELECTRÓNICO	rrodriguezv@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3168648866
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	No. 1026 DE 2023	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2023-12-29
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar técnicamente en el proceso visitas de inspección para la obtención de certificación de buenas prácticas de elaboración, laboratorio y manufactura de los establecimientos y productos vigilados por el Instituto de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-08-23**	**FECHA DE INCIO**	**2023-08-23**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 23.374.621,00**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 12.331.493**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 6.809.929**	**VALOR PAGADO**	**16.564.692**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 03)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**NA**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(23 de octubre del 2023 al 22 de noviembre del 2023)**
BANCO	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	542989715

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)

NA

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		**9456390147 (Septiembre 2023) / 9457718844 (Octubre 2023)**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	Sep-23 / Oct-23	26-09-2023 / 17-11-2023	$276.100 / $276.100	ALIANSALUD EPS
PENSIÓN	Sep-23 / Oct-24	26-09-2023 / 17-11-2023	$353.500 / $353.500	PORVENIR
ARL	Sep-23 / Oct-25	26-09-2023 / 17-11-2023	$11.600 / $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.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2023	12	11



ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80075507		RODRIGUEZ VILLAMIZAR RAFAEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71C Ni 6c-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168648866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	180596149	9456390147	I	2023/10/03	2023/09/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80075507	RODRIGUEZ RAFAEL																		230301	30	$2,208,800	$353,500	EPS001	30	$2,208,800	$276,100	CCF22	30	$2,208,800	$44,200	14-23	30	$2,208,800	$11,600	30	$0	$0	No	$685,400
Total	**Afiliados(1)**																						$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$2,208,800	$44,200			$2,208,800	$11,600		$0	$0		$685,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80075507		RODRIGUEZ VILLAMIZAR RAFAEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71C Ni 6c-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168648866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	180596149	9456390147	I	2023/10/03	2023/09/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$0	$0	$353,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$353,500	$0	$0	$353,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$0	$11,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$0	$0	$11,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$44,200	$0	$0	$44,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				**1**	**$685,400**	**$0**	**$0**	**$685,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80075507		RODRIGUEZ VILLAMIZAR RAFAEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71C Ni 6c-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168648866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	284049127	9457718844	I	2023/11/02	2023/11/17	BANCO AV VILLAS	15	$695,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80075507	RODRIGUEZ RAFAEL																		230301	30	$2,208,800	$353,500	EPS001	30	$2,208,800	$276,100	CCF22	30	$2,208,800	$44,200	14-23	30	$2,208,800	$11,600	30	$0	$0	No	$685,400
Total	**Afiliados(1)**																						$2,208,800	$353,500			$2,208,800	$276,100			$2,208,800	$44,200			$2,208,800	$11,600		$0	$0		$685,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80075507		RODRIGUEZ VILLAMIZAR RAFAEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 71C Ni 6c-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168648866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	284049127	9457718844	I	2023/11/02	2023/11/17	BANCO AV VILLAS	15	$695,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,500	$5,300	$0	$358,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$353,500	$5,300	$0	$358,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$200	$0	$11,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$200	$0	$11,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$700	$0	$44,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$44,200	$700	$0	$44,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$4,200	$0	$280,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$276,100	$4,200	$0	$280,300
TOTAL				**1**	**$685,400**	**$10,400**	**$0**	**$695,800**