	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	**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	465 de 2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	180 días
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-02-05	**FECHA DE INCIO**	2024-02-05	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2024-08-04

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 13.200.000	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 11.000.000	**VALOR A PAGAR**	$ 2.200.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 8.800.000	**VALOR PAGADO**	4.400.000	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	(05 de Marzo de 2024 al 04 de Abril del 2024)
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)

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	**75926452**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**Marzo de 2024**	**2024-04-01**	**162500**	**COMPENSAR**
PENSIÓN	**Marzo de 2024**	**2024-04-01**	**208000**	**PORVENIR**
ARL	**Marzo de 2024**	**2024-04-01**	**6800**	**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**
	2024	4	4



JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS

JEFE (E)OFICINA DE 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	53000299-0	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	UPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75926452	$377.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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	53000299-0	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
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75926452	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		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	*(No. de contrato y año)* 465 de 2024			
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 EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 13.200.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-02-05**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**180**
FECHA DE INICIO:	**2024-02-05**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-08-04**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-03-05**	**HASTA:**	**2024-04-04**
PAGO NÚMERO:	**02**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Atención al Ciudadano**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Jorge William Gil Villegas**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Informar a la ciudadanía los trámites y servicios institucionales que requieran adelantar ante el INVIMA.	Recepción y gestión de solicitudes relacionadas con normatividad, tarifas, formatos, intenciones por los diferentes canales de atención.	Informe de actividades al jefe de la oficina.
2	Brindar apoyo en el desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos proyectados para la vigencia 2024.	Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales de todos tramites de Invima.	Informe de actividades al jefe de la oficina.
3	Brindar apoyo en las respuestas de las consultas y peticiones competencia de la Oficina de Atención al Ciudadano y las asociadas al objeto contractual.	Gestión de solicitudes y generar respuestas a las solicitudes asignadas por mi coordinador.	Informe de actividades al jefe de la oficina.
4	Apoyar en la elaboración del informe mensual que se debe presentar al supervisor del	Apoyo mediante orientación telefónica, orientación presencial y citas virtuales a las necesidades	Informe de actividades al jefe de la oficina.

	contrato alusivo a la ejecución y desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos.	del usuario para presentar su intención de trámite.	

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
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

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 Marzo del año 2024.

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	2.200.000	1.300.000	30	$ 377.300	75926452	MI PLANILLA COMPENSAR.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 13.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 4.400.000
Saldo del contrato	$ 8.800.000

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,

Ma. Alexandra Cs. G.

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

Recibí a satisfacción:



Firma
Jorge William Gil Villegas
Cargo
Jefe de Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 465 de 2024

.