	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION CONTRACTUAL
	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	**GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO**	**NIT/ CC No.**	72194962
CORREO ELECTRÓNICO	ggallegoc@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3126456316
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	**049 DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**10 DE JULIO DE 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS, DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-10**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-11**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-07-10**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 24.582.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 16.388.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.097.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 12.291.000**	**VALOR PAGADO**	**12.291.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO N 3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(11 de marzo al 10 de abril del 2024)**
BANCO	**BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**574162756**

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		**29438338**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**MARZO**	**2024-04-05**	**162.500**	**NUEVA EPS**
PENSIÓN	**MARZO**	**2024-04-05**	**208.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**MARZO**	**2024-04-05**	**6.800**	**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	10



HERLYS MERLYS MARTINEZ BOLIVAR

Profesional Universitaria con Asignación de Funciones de Coordinación del Grupo de Trabajo Territorial Costa Caribe 1 de la Dirección de Operaciones Sanitarias

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.

RAZÓN SOCIAL :	GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-72194962
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-12
FECHA DE PAGO:	2024-04-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29438338
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29438338
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.900	$ 204.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.300	$ 262.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600	$ 8.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.800	$ 475.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/05/2024