	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**	**$ 12.291.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 4.097.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 8.194.000**	**VALOR PAGADO**	**16.388.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO N 4**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(11 de abril al 10 de mayo 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		**29554027**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ABRIL**	**2024-05-09**	**204.900**	**NUEVA EPS**
PENSIÓN	**ABRIL**	**2024-05-09**	**262.300**	**COLPENSIONES**
ARL	**ABRIL**	**2024-05-09**	**8.600**	**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**
	2024	5	10



HERLYS MERLYS MARTINES 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.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-72194962
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-05-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-16
FECHA DE PAGO:	2024-05-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	29554027
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29554027
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:	18/06/2024

	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	049 DEL 2024			
CONTRATISTA:	GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO		**NIT / C.C No. :**	*72.194.962*
OBJETO CONTRACTUAL:	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			
VALOR DEL CONTRATO	$24.582.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**10 DE ENERO DEL 2024**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**180**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-11**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-07-10**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-04-11**	**HASTA:**	**2024-05-10**
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Operaciones Sanitarias**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**HERLYS MERLYS MARTINEZ BOLIVAR**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar la solicitud y hacer seguimiento de las actividades administrativas, operativas y logísticas relacionadas a las actividades de inspección a cargo de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realizaron reuniones por temas a los grupos de trabajo asignados para recordar los lineamientos del contrato de transporte. Se realiza revisión de ´planillas de vehículos fijos del contrato de transporte 1413.correspondiente al mes de ABRIL	Ver correos , teams reunión 16 de ABRIL, ECAF Y 17 DE ABRIL CC1.
2	Brindar apoyo en la programación de los servicios de transporte de funcionarios que se requieran para el desarrollo de las actividades de control y seguimiento de acuerdo con la necesidad de la Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se realiza apoyo en revisión de planillas de vehículos fijos y a demanda del contrato de transporte, se realiza apoyo en las programaciones semanales de los GTT CC1, Puerto de Barranquilla y Eje cafetero y Puerto de Cartagena., Se realiza apoyo a la revisión de factura del contrato de transporte.	Ver plataforma de Invima, de transporte donde se montan las programaciones semanales y One drive de grupo apoyo operativo Carpeta contrato 1314 de 2023
3	Realizar los reportes solicitados de información correspondiente a las actividades logísticas y operativas que contribuyen a la inspección, vigilancia y control en la respectiva base de datos o sistemas de información de la entidad.	Se realizan reportes de la revisión de factura del mes de abril del contrato de transporte grupo cc1, cc2, eje cafetero y Villavicencio	Ver carpeta compartida en el One drive del grupo Gao – Base de datos Ver carpeta en SharePoint del grupo GAO, de la dirección de operaciones sanitarias.
4	Realizar el acompañamiento al grupo de apoyo operativo de la Dirección de Operaciones Sanitarias, en la elaboración, revisión y cargue de los		

	documentos en el aplicativo contractual y hacer seguimiento a las novedades que se presenten en los procesos de contratación.		
5	Brindar apoyo a la consolidación, análisis y resultados de información estadística y la presentación de informes de acuerdo con la actualización de información en bases de datos de los reportes generados de los diferentes grupos de trabajo que hacen parte de Dirección de Operaciones Sanitarias.	Se mantiene actualizada la base de datos del proceso de contratación de la Dirección de Operaciones vigencia 2024.	Ver base de datos share point, Carpeta Diros ex Contratación 2024.

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 ABRIL 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)
1	$ 4097000	$1.638.800	30	475.800	29554027	ASOPAGOS

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 24.582.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 16.388.000
Saldo del contrato	$ 8. 194..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
3	x	

Atentamente,



GIOVANNY JAVIER GALLEGO CASTRO
Contratista
C.C. No. 72.194.962 de Barranquilla

Recibí a satisfacción:



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
Supervisor(a) Contrato 049 de 2024