	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTION CONTRACTUAL
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN		
	Código: GAD-CGT-FM24	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**	**NIT/ CC No.**	80063119
CORREO ELECTRÓNICO	MJIMENEZS@INVIMA.GOV.CO	**TELÉFONO**	3103447068
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. 414 de 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**2024-12-15**
OBJETO DEL CONTRATO	**REALIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES APOYANDO A LOS GRUPOS DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO Y DE ADMISIBILIDAD SANITARIA Y APROVECHAMIENTO DE MERCADOS INTERNACIONALES, DE LA OFICINA DE ASUNTOS INTERNACIONALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, PARA FACILITAR LA TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN TÉCNICA OFICIAL DE DOCUMENTOS Y MATERIAL DE AUDIO Y/O VIDEO EN IDIOMA INGLÉS ESPAÑOL INGLÉS.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-01-29**	**FECHA DE INCIO**	**2024-01-29**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-12-15**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 62.839.967**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 56.892.967**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 50.945.967**	**VALOR PAGADO**	**11.894.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**29 DE FEBRERO A 28 DE MARZO DE 2024**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**4552 7006 4344**

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		**75177461**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO DE 2024**	**2024-03-01**	**$ 500.000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**FEBRERO DE 2024**	**2024-03-01**	**$ 640.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**FEBRERO DE 2024**	**2024-03-01**	**$ 20.900**	**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 EJECUCION CONTRACTUAL

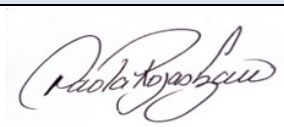
(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2024	4	1



PAOLA ANDREA ROJAS LOZANO

Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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-ABS-MN002.

	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. 1105 de 2023*			
CONTRATISTA:	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**		**NIT / C.C No. :**	*80063119*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA OFICINA DE ASUNTOS INTERNACIONALES Y DEMÁS DEPENDENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA PARA FACILITAR Y COADYUVAR LA TRADUCCIÓN TÉCNICA EN IDIOMA INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS, DE TEXTOS OFICIALES, DOCUMENTOS, MATERIAL DE AUDIO Y/O VIDEO Y OTRAS MODALIDADES DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD			
VALOR DEL CONTRATO	**$ 62.839.967**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-01-29**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS**	**315**
FECHA DE INICIO:	**2024-01-29**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-12-15**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-02-29**	**HASTA:**	**2024-03-28**
PAGO NÚMERO:	**02**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Asuntos Internacionales**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**PAOLA ANDREA ROJAS LOZANO - Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS			**ACCIONES REALIZADAS**			**EVIDENCIAS**			
Obligación contractual desarrollada	**Descripción de la actividad desarrollada**								
	Documento para traducir		**Tipo de documento**	**Conteo de palabras**	**Inglés - Español - Inglés**	**Carpeta compartida**	**Prio-ritario**	**Comen-tarios**	**Status**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	1	Programa de Verificacion Microbiologica PBA AVES	Programa DAB	9894	Español - Inglés	X	1		OK
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	2	PNSRQ AVES 2023	Programa DAB	5136	Español - Inglés	X	2		OK
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	3	Programa de verificación Porcinos formato nuevo final	Programa DAB	7032	Español - Inglés	X	3		OK
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.									
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.									

Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.									
			Total	**22,062**					
			Total por mes	**21,383**					
			Saldo para Sig. Período	- 679					

INTERPRETACIÓN SIMULTÁNEA – *no hubo requerimientos en el actual período.*

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.	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 **FEBRERO** 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	**$ 5.984.759**	**$ 4.000.000**	**30**	**$ 1.160.900**	**75177461**	**miplanilla**

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$ 62.839.967**

Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 11.894.000**
Saldo del contrato	**$ 50.945.967**

6. PUBLICACIÓN 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,



MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA
Contratista
C.C. No. 80.063.119

Recibí a satisfacción:



PAOLA ANDREA ROJAS LOZANO
Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales
Supervisor(a) Contrato No. 1105 de 2023

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	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA	KRA 54D 188 41 INT 9 AP 502	6019445783	malejisa@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	01/03/2024	75177461	$1.160.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.160.900	1.160.900

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	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA		KRA 54D 188 41 INT 9 AP 502	6019445783	malejisa@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	01/03/2024	75177461	$1.160.900	

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	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	80063119	JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO	57	0			N																	25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información