| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | | GESTIÓN 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** | **Carlos Enrique Leal Cabezas** | **NIT/ CC No.** | 79.436.528 de Bogotá |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | chars680@hotmail.com | **TELÉFONO** | 3208656078 |
| **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** | **493-2024** | **TERMINO DE EJECUCIÓN** | **180 días** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024. | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **2024-02-12** | **FECHA DE INCIO** | **2024-02-13** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **2024-08-12** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 18.000.000** | **SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO** | **$ 9.000.000** | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.000.000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 6.000.000** | **VALOR PAGADO** | **12.000.000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **(PAGO 4)** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **(13 de mayo al 12 de junio del 2024)** |
| **BANCO** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA** | **AHORROS** | **No DE CUENTA** | **474470012763** |

**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)**

**N/A**

**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** | **1063863497** |

| ITEM | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| **SALUD** | **ABRIL** | **2024-05-21** | **$162.500.oo** | **SALUD TOTAL** |
| **PENSIÓN** | **ABRIL** | **2024-05-21** | **$208.000.oo** | **COLPENSIONES** |
| **ARL** | **ABRIL** | **2024-05-21** | **$ 6.800.oo** | **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 | 6 | 14 |

Ricardo Lagos

**RICARDO ALFONSO LAGOS BONILLA**

**Coordinador**

**Grupo de Gestiòn Documental y Correspondencia**

| | |
|---|---|
| **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.

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-05-21, 06:20:42 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1063863497

**Periodo Cotización** 202404 **Periodo Servicio** 202404

**Cliente:**

## PAGADA 2024-05-21

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CARLOS ENRIQUE LEAL CABEZAS | | | | |
| **Documento** | CC 79436528 | **Dirección** | CL 6D #15 B - 52 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4856149 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 79436528 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | LEAL CABEZAS CARLOS ENRIQUE | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.300.000 | 25-14 | | 16 % | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.300.000 | $ 6.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 377.300 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

| | 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** | **493-2024** | | | |
| **CONTRATISTA:** | Carlos Enrique Leal Cabezas | | **NIT / C.C No :** | 79.436.528 de Bogotá |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | "Prestar servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión Documental y Correspondencia de la Secretaría General de INVIMA, para adelantar las actividades de archivística requeridas en el proceso de acompañamiento técnico y control de calidad de transferencias primarias en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024." | | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $18.000.000 | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 2024-02-12 | | **PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS** | 180 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 2024-02-13 | | **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 2024-08-12 |
| **FECHA PERIODO DE PAGO.** | **DE:** | 2024-05-13 | **HASTA:** | 2024-06-12 |
| **PAGO NÚMERO:** | **4** | | **DEPENDENCIA:** | Grupo de Gestión Documental y Correspondencia |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | **RICARDO LAGOS BONILLA** | | | |

| **2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACCIONES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** |
| **1.** | Brindar apoyo a las dependencias del Instituto en la clasificación, organización, foliación, preparación y alistamiento de la documentación objeto de transferencias documentales primarias al archivo central. | Durante este periodo no se realizó esta obligación contractual. | |
| **2.** | Efectuar el punteo del material documental objeto de Transferencias Documentales Primarias versus Inventarios FUID. | Durante este periodo no se realizó esta obligación contractual. | |
| **3.** | Elaborar inventario correspondiente de las Transferencias Documentales Primarias ejecutadas en cada dependencia. | Durante este periodo no se realizó esta obligación contractual. | |
| **4.** | Coadyuvar en la aplicación de Tablas de Retención Documental TRD, para | Durante este periodo no se realizó esta obligación contractual. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | determinar e identificar los documentos de conservación permanente – conservación total CT, levantando los inventarios a que haya lugar y reportando las cantidades de documentos objeto de "eliminación" al profesional Transferencias Documentales. | | |
| **5.** | Efectuar el control de calidad respecto del material documental objeto de transferencias documentales primarias versus inventarios FUID. | Para el presente periodo se brindó apoyo en el levantamiento del consolidado de inventarios documentales en estado natural, de la bodega archivo de gestión. | https://acortar.link/Nghzh3 |
| **6.** | Apoyar al supervisor del contrato en la consolidación y reporte de información relacionada con el indicador de Transferencias Documentales Primarias formulado en el marco del Proyecto Rediseño e Implementación del Programa de Gestión Documental 2024. | Para el presente periodo se brindó apoyo los días 17, 19, 20, 24, 31de mayo y 7 de junio del presente; en el reporte de Información relacionados con las actividades y procesos originados en el Archivo Misional, instalaciones Colvatel; de otra parte, se realizó otra actividad que fue la del cargue y descargue de cajas Ref. X-200 en la bodega. | https://acortar.link/eN6VK4 |

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, del mes de abril de 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | $3.000.000 | $1.300.000 | 30 | $377.300 | 1063863497 | Simple |

## 5. BALANCE FINANCIERO

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $18.000. 000.oo |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | $12.000. 000.oo |
| Saldo del contrato | $ 6.000. 000.oo |

## 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 |
| 4 | X | |

Atentamente,

**Carlos Enrique Leal Cabezas**
**Contratista**
**Grupo de Gestión Documental y Correspondencia**
**C.C. No. 79.436.528 de Bogotá**

Recibí a satisfacción:

Ricardo Lagos

**Ricardo Alfonso Lagos Bonilla**
**Coordinador**
**Grupo de Gestión Documental y Correspondencia**
**Supervisor(a) Contrato 493 de 2024**