	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	KATHERINE AGUALIMPIA ECHAVARRÍA	**NIT/ CC No.**	52.435.511
CORREO ELECTRÓNICO	kagualimpiae@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3195808385
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	502 DE 2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	180 dias
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	$ 6.000.000	VALOR A PAGAR	$ 3.000.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 3.000.000	VALOR PAGADO	$ 15.000.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 05)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(13 junio al 12 del julio del 2024)
BANCO	Caja social	TIPO DE CUENTA	Ahorro	No DE CUENTA	24121569147

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	SI	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**9468770940**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-06**	**2024-07-03**	**162.500**	**SALUD TOTA**
PENSIÓN	**2024-06**	**2024-07-03**	**208.000**	**PROTECCION**
ARL	**2024-06**	**2024-07-03**	**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	**7**	**17**	

Ricardo Lagos

RICARDO ALFONSO LAGOS BONILLA

Coordinador Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Visto Bueno:

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	**2023-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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52435511		AGUALIMPIA ECHAVARRIA KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9 ESTE #29D-36	SOACHA-CUNDINAMARCA	5752896	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000757	9468770940	I	2024/07/04	2024/07/03	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52435511	AGUALIMPIA KATHERINE	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52435511		AGUALIMPIA ECHAVARRIA KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9 ESTE #29D-36	SOACHA-CUNDINAMARCA	5752896	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000757	9468770940	I	2024/07/04	2024/07/03	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$377,300**	**$0**	**$0**	**$377,300**

	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	*502 - 2024*			
CONTRATISTA:	Katherine Agualimpia Echavarría		**NIT / C.C No :**	*52435511*
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
FECHA DE INICIO:	2024-02-13		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2024-08-12
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2024-06-13	**HASTA:**	2024-07-12
PAGO NÚMERO:	05		**DEPENDENCIA:**	Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Ricardo Alfonso 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.	Para el presente periodo no se ejecutó esta actividad	N/A
2	Efectuar el punteo del material documental objeto de Transferencias Documentales Primarias versus Inventarios FUID.	Para el presente periodo no se ejecutó esta actividad	N/A
3	Elaborar inventario correspondiente de las Transferencias Documentales Primarias ejecutadas en cada dependencia.	-Para el presente periodo se trabajó en la realización de inventario en su estado natural correspondiente a la serie de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: Total, cajas realizadas 121, desde el 14 de junio al 12 de julio Para un total de 2.875 registros	https://acortar.link/h0c3X3

4	Coadyuvar en la aplicación de Tablas de Retención Documental TRD, para 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.	Para el presente periodo no se ejecutó esta actividad	N/A
5	Efectuar el control de calidad respecto del material documental objeto de transferencias documentales primarias versus inventarios FUID.	Para el presente periodo no se ejecutó esta actividad	N/A
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 no se ejecutó esta actividad	N/A

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 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)
4	$ 3.000.000	$ 1.300.000	30	$ 377.300	9468770940	APORTES EN LINEA

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 18.000.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 15.000.000
Saldo del contrato	$ 3.000.000

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
05	X	

Atentamente,

Katherine Agualimpia Echavarría
Contratista Tecnólogo Gestión Documental
C.C. No. 52435511

Recibí a satisfacción:

Ricardo Alfonso Lagos Bonilla
Coordinado Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Secretaria General
Supervisor(a) Contrato 502 de 2024