
	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	Juan Manuel Marin Calderon		NIT/ CC No.	1075663137	
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:imarinc@invima.gov.co">imarinc@invima.gov.co</a>		TELÉFONO	3142287606	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión			N/A	
No. CONTRATO	274 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	2024-07-18	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PEDAGOGÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA, QUE PERMITAN EL ACERCAMIENTO, ARTICULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LA CIUDADANÍA, LA INDUSTRIA, LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS Y LOS DEMÁS ACTORES INTERESADOS, SOBRE LOS TEMAS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL OPRATIVO - POA VIGENCIA 2024				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-01-19	FECHA DE INICIO	2024-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-07-18
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 18.000.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 3.000.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.000.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 18.000.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(FINAL 6)
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	6	PERIODO OBJETO DE PAGO	(19 de Junio de 2024 al 18 de Julio del 2024)
BANCO	Bogota	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	822069779
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	NO	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	SI		
Carné	SI	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	78771193				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	jul-24	2024-07-18	\$ 162.500	COMPENSAR EPS	
PENSIÓN	jul-24	2024-07-18	\$ 208.000	COLFONDOS	
ARL	jul-24	2024-07-18	\$ 6.800	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 Interventoría 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	18
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
			Nombre		
			Fecha de revisado:		
MARIO FERNANDO MERENO VÉLEZ			Consecutivo:		
Director Técnico Encargado de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria					
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> 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.					



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

<b>No. CONTRATO:</b>	<b>274 de 2024</b>		
<b>CONTRATISTA:</b>	JUAN MANUEL MARÍN CALDERÓN	<b>NIT / CC No.:</b>	1075663137
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PEDAGOGÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA, QUE PERMITAN EL ACERCAMIENTO, ARTICULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LA CIUDADANÍA, LA INDUSTRIA, LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS Y LOS DEMÁS ACTORES INTERESADOS, SOBRE LOS TEMAS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL OPRATIVO - POA VIGENCIA 2024		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	Dieciocho Millones de Pesos M/CTE (\$18.000.000,00).		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	<b>2024-01-19</b>	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b>	<b>180 Dias</b>
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>2024-01-19</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	<b>2024/07/18</b>
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	<b>MARIO FERNANDO MORENO VÉLEZ</b>	<b>DEPENDENCIA:</b>	DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

**2. SUSPENSIONES**

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

**3. PRÓRROGAS**

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
	AAAA-MM-DD		

**4. ADICIONES**

ACTA	FECHA	VALOR	JUSTIFICACIÓN
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		
	AAAA-MM-DD		

**5. GARANTÍA**

<b>ASEGURADORA</b>	N/A	<b>No. de póliza</b>	N/A
--------------------	-----	----------------------	-----

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
N/A	N/A	AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
N/A	N/A	AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**6. SANCIONES**

SI \_\_\_\_\_

NO (X)**7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**SI (X)

NO \_\_\_\_\_

**8. BALANCE FINANCIERO**

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.000.000
ADICIONES	\$ 0
MODIFICACIONES	\$ 0
SUBTOTAL	\$ 18.000.000
VALOR EJECUTADO	\$ 18.000.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ 0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	\$ 0

**9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades relacionadas con la programación, modificación y/o cancelación de las actividades de pedagogía y educación sanitaria ofrecidas a los grupos de valor por parte de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.	Se realizaron los formatos y se procedio hacer el trámite correspondiente en la oficina de planeacion y en la secretaria general, para las autorizaciones de viaje y/o comisiones de los diferentes funcionarios de la Direccion de Responsabilidad Sanitaria, para las asistencias técnicas que se realizaron durante toda la vigencia del contrato, en el marco del proyecto institucional Prevención, Pedagogía y Responsabilidad Sanitaria para todos 2024.
2	Apoyar las labores de organización, recopilación de datos y almacenamiento de la información, gestión de archivo documental y seguimiento a las acciones de pedagogía que soporten el cumplimiento del Plan Operativo Anual — POA, vigencia 2024.	Se realizaron consultas verbales y escritas a Diferentes áreas del instituto y secretarias de salud para la programación y concertacion de los Eventos que se llevaran a cabo los cuales dan cumplimiento a la gestión de archivo documental y seguimiento a las acciones de pedagogía que soporten el cumplimiento del Plan Operativo Anual — POA, vigencia 2024.



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

3	Apoyar el trámite de notificación y comunicación de las actuaciones procesales y procedimentales de los procesos sancionatorios como estrategia que permita establecer información relevante para las acciones de pedagogía dirigidas a la ciudadanía, empresario, emprendedor, autoridades administrativas y demás actores interesados sobre temas competencia de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.	Se realizaron Notificaciones, comunicaciones, y Notificaciones por Aviso de los diferentes Actos Administrativos asignados por parte de la coordinadora de secretaria tecnica en el periodo que se establecio el contrato, tambien Se realizaron las revisiones de los oficios que realizan los funcionarios y contratistas para llevar a cabo la Notificacion o comunicación.
4	Realizar y presentar informes sobre las actuaciones propias del procedimiento administrativo sancionatorio, como estrategia que permita establecer información relevante para las acciones de pedagogía y educación sanitaria dirigidas a los diferentes actores que intervienen en dicho proceso.	Se realizaron los informes de analisis correspondiente a los meses de la vigencia del contrato
5	Asistir a las mesas de trabajo, comités, reuniones, capacitaciones y/o retroalimentaciones, que sean convocadas por el supervisor, y atender oportunamente las solicitudes y compromisos que surjan de estas.	Asisti a las reuniones / capacitaciones que se realizaron sobre proceso sancionatorio a los GTT a nivel nacional durante los meses de vigencia del contrato, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogia y educacion sanitaria 2024.
6	Mantener actualizados los sistemas de información, aplicativos, bases de datos y plataformas tecnológicas empleados en la Dirección, para los trámites que le sean asignados por el supervisor, y elaborar los respectivos informes de gestión relacionados con su objeto contractual.	Se realizaron los Listados de Asistencia y los formatos de Evaluacion de los capacitadores en cada una de las Capacitaciones que se realizaron en la vigencia del contrato, tambien realice la Programacion de las dos reuniones por Teams donde se realizron las capacitaciones sobre proceso sancionatorio al los GTTs a nivel nacional, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogia y educacion sanitaria 2024.
<b>10.</b>	<b>OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)</b>	

N/A

**11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD**

EXCELENTE (X) BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES  
FORMATO GAD-GCT-FM8)

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	<b>FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b>	
	Código: GAD-GCT-FM14	Versión: 02

## 12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todas las certificaciones de cumplimiento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9**, soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	

**Nota 1:** Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO<sup>1</sup> del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número 274 de 2024, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 274 de 2024 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el

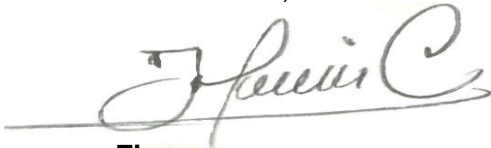
<sup>1</sup> 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

**Nota 2:** En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogota, D.C. a los **Dieciocho (18)** días del mes **Julio** de 2024.

Atentamente,



**Firma**  
**JUAN MANUEL MARIN CALDERON**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1.075.663.137**

Visto Bueno



**FRANCY KATHERINE TORRADO SEPULVEDA**  
**Coordinadora Grupo de Secretaría Técnica.**

Recibí a satisfacción:



**MARIO FERNANDO MORENO VÉLEZ**  
**Director Técnico Encargado de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria**  
**Supervisor del Contrato 274 de 2024**

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	274 de 2024			
CONTRATISTA:	JUAN MANUEL MARÍN CALDERÓN	NIT / C.C No. :	1075663137	
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PEDAGOGÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA, QUE PERMITAN EL ACERCAMIENTO, ARTICULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LA CIUDADANÍA, LA INDUSTRIA, LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS Y LOS DEMÁS ACTORES INTERESADOS, SOBRE LOS TEMAS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL OPRATIVO - POA VIGENCIA 2024			
VALOR DEL CONTRATO	Dieciocho Millones de Pesos M/CTE (\$18.000.000,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-01-19	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	180 Dias	
FECHA DE INICIO:	2024-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024/07/18	
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE:	2024-06-19	HASTA:	2024-07-18
PAGO NÚMERO:	Pago Final		DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MARIO FERNANDO MORENO VÉLEZ			
2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	
1	Apoyar las actividades relacionadas con la programación, modificación y/o cancelación de las actividades de pedagogía y educación sanitaria ofrecidas a los grupos de valor por parte de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.	<p>- Se realizaron los formatos y el trámite correspondiente para las autorizaciones de viaje para las asistencias técnicas que se realizaran en el marco de las Actividades de pedagogía y educación sanitaria 2024 por parte de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planilla de Autorizacion de Viaje 800 407 24 Choco, 29 de julio de 2024</li> <li>Planilla de Autorizacion de Viaje 800 408 24 Choco, 29 de julio de 2024</li> </ul> <p>Se Programaron las dos reuniones por Teams que se llevaron a cabo los dias 20, Y 21 de Junio de 2024, para la capacitacion sobre proceso sancionatorio al GTT de Orinoquia, en el marco de las Acciones de pedagogia y educacion sanitaria 2024.</p>	<p>- Correos electrónicos enviados a la dependencia correspondiente de la autorización de dichos viajes y comisiones.</p> <p>- Reuniones Programadas via Teams.</p>	

<p>2</p>	<p>Apoyar las labores de organización, recopilación de datos y almacenamiento de la información, gestión de archivo documental y seguimiento a las acciones de pedagogía que soporten el cumplimiento del Plan Operativo Anual — POA, vigencia 2024.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realice los enlaces de los listados de asistencia por el Aplicativo de FORMS, para los eventos que se realizaron los días 20 Y 21 de Junio de 2024, para la capacitación sobre proceso sancionatorio al GTT de Orinoquia, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogía y educación sanitaria 2024.</li> <li>- Realice los enlaces de las Evaluaciones por el Aplicativo de FORMS, para los eventos que se realizaron los días 20 Y 21 de Junio de 2024, para la capacitación sobre proceso sancionatorio al GTT de Orinoquia, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogía y educación sanitaria 2024.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correos electrónicos Entrantes y salientes a la dependencia Correspondiente.</li> <li>- Carpeta compartida en el aplicativo de Teams.</li> </ul>
<p>3</p>	<p>Apoyar el trámite de notificación y comunicación de las actuaciones procesales y procedimentales de los procesos sancionatorios como estrategia que permita establecer información relevante para las acciones de pedagogía dirigidas a la ciudadanía, empresario, emprendedor, autoridades administrativas y demás actores interesados sobre temas competencia de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizaron Notificaciones, comunicaciones, y Notificaciones por Aviso de los diferentes Actos Administrativos asignados por parte de la coordinadora de secretaria tecnica en el periodo del 19 de Junio al 18 de Julio de 2024.</li> <li>- Se realizo el reparto a los funcionarios y contratistas de los diferentes expedientes para la notificación de los respectivos actos administrativos.</li> <li>- Se realizaron las revisiones de los oficios que realizan los funcionarios y contratistas para llevar a cabo la Notificación o comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correos Electronicos en los Cuales se solicitan dichas Notificaciones.</li> <li>- Carpetas compartidas donde se encuentran todos los oficios que se revisan por parte de la Coordinadora.</li> <li>- Informe de Produccion que se envia por medio del correo electronico mensualmente a la coordinadora de la secretaria tecnica.</li> </ul>
<p>4</p>	<p>Realizar y presentar informes sobre las actuaciones propias del procedimiento administrativo sancionatorio, como estrategia que permita establecer información relevante para las acciones de pedagogía y educación sanitaria dirigidas a los diferentes actores que intervienen en dicho proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizo el informe de analisis correspondiente al mes de abril del proceso 201613498 Rad. 202435184.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correo electronico que fue enviado a la coordinadora de secretaria tecnica.</li> <li>- Carpeta compartida en el aplicativo de Teams.</li> </ul>
<p>5</p>	<p>Asistir a las mesas de trabajo, comités, reuniones, capacitaciones y/o retroalimentaciones, que sean convocadas por el supervisor, y atender oportunamente las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asisti a la reunion / capacitacion que se realizo los dias 20 y 21 de Junio de 2024, para la capacitacion sobre proceso sancionatorio a los GTT de Orinoquia, Respectivamente en el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones Programadas via Teams.</li> </ul>

	solicitudes y compromisos que surjan de estas.	<p>marco de las Acciones de pedagogía y educación sanitaria 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asisti a la reunion / capacitacion que se realizo los dias 20 y 21 de Junio de 2024, para la capacitacion sobre proceso sancionatorio a los GTT de Orinoquia, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogía y educación sanitaria 2024.</li> <li>- Asisti a la reunion de seguimiento de actividades de notificaciones y actividades de la secretaria tecnica que se realizo el dia 11 de Julio de 2024.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correos electrónicos Entrantes y salientes a la Persona encargada.</li> <li>- Listados de Asistencia de cada reunion a la que asisti.</li> </ul>
6	Mantener actualizados los sistemas de información, aplicativos, bases de datos y plataformas tecnológicas empleados en la Dirección, para los trámites que le sean asignados por el supervisor, y elaborar los respectivos informes de gestión relacionados con su objeto contractual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyar en la realización de las tabulaciones de los Listados de asistencia y formatos de evaluación de la actividad que se realizó el Pasado 20 y 21 , de Junio de 2024 sobre proceso sancionatorio a el Antioquia, Respectivamente en el marco de las Acciones de pedagogía y educación sanitaria 2024.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correos electrónicos Entrantes y salientes a la Persona encargada.</li> <li>- Carpeta compartida en el aplicativo de Teams.</li> </ul>

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 Julio del año 2024.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondient e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
6	\$3.000.000	\$1.300.000	30	\$ 377.300	78771193	Mi planilla

**5. BALANCE FINANCIERO**

Valor total del contrato	\$ 18.000.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 18.000.000
Saldo del contrato	\$ 0

**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
6 Final	X	

Atentamente,



Firma  
**JUAN MANUEL MARIN CALDERON**  
Contratista  
C.C. No. 1.075.663.137

Recibí a satisfacción:




**MARIO FERNANDO MORENO VÉLEZ**  
Director Técnico Encargado de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria  
Supervisor del Contrato 274 de 2024

Visto Bueno



**FRANCY KATHERINE TORRADO SEPULVEDA**  
Coordinadora Grupo de Secretaría Técnica.

		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
<b>EVALUACION DE PROVEEDORES</b>						
Código: GAD-GCT-FM8		Versión: 01		Fecha de Emisión: 2022-02-01		
<b>NOMBRE DEL PROVEEDOR</b>	JUAN MANUEL MARIN CALDERON	<b>FECHA DE EVALUACIÓN</b>	AAAA	MM	DD	
<b>NIT O C.C. No.</b>	1075663137	<b>PERIODO EVALUADO ( si aplica)</b>	2024	7	18	
<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>	274 DEL 19 de Enero de 2024					
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	2024-01-19					
<b>CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR</b>	<a href="mailto:imarinc@invima.gov.co">imarinc@invima.gov.co / juanmanuel-marin@hotmail.com</a>					
<b>DIRECCIÓN Y TELEFONO</b>	Calle 80 No. 102 - 75 / 3142287606					
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS- INVIMA, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE PEDAGOGÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA, QUE PERMITAN EL ACERCAMIENTO, ARTICULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LA CIUDADANÍA, LA INDUSTRIA, LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS Y LOS DEMÁS ACTORES INTERESADOS, SOBRE LOS TEMAS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL OPRATIVO - POA VIGENCIA 2024					
<b>SISTEMA DE PUNTUACIÓN</b>	NA	No aplica	2	Cumple parcialmente		
	0	No cumple	3	Cumple plenamente		
	1	Cumple mínimamente	4	Supera las expectativas		
					CALIF 0-4	
<b>CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO</b>	Cumple con el objeto del contrato					4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido					4
<b>OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR</b>	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor					4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades					4
<b>CUMPLIMIENTO</b>	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)					4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)					4

EVALUACION DEL PROVEEDOR =  $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS ( 24 )}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES ( 24 )}} \times 100 = \boxed{100}$

EXCELENTE	91 - 100
BUENO	71 - 90
REGULAR	50 - 70
MALO	0 - 49

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES ( 6 )

CALIFICACION **EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato:

Observaciones:

FIRMA  
  
**MARIO FERNANDO MORENO VÉLEZ**  
 Director Técnico Encargado de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria  
 Supervisor del Contrato 274 de 2024

**Nota N° 1:** Si el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía si el supervisor lo estima conveniente.

**Nota N° 2:** Si son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**EVALUACION DE PROVEEDORES**

Código: GAD-GCT-FM8

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2022-02-01

**Nota N° 3:** Si son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

**Nota N° 4:** En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075663137	JUAN MANUEL MARIN CALDERON		Carrera 41 A SUR # 35 - 33	3142287606	juanmanuel-marin@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-06	2024-06	I		78189546	\$377.300	

**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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>377.300</b>	<b>377.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075663137	JUAN MANUEL MARIN CALDERON		Carrera 41 A SUR # 35 - 33	3142287606	juanmanuel-marin@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I		78189546	\$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TTP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1075663137	MARIN CALDERON JUAN MANUEL	59	0	N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075663137	JUAN MANUEL MARIN CALDERON	Carrera 41 A SUR # 35 - 33	3142287606	juanmanuel-marin@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

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	
2024-07	2024-07	I	18/07/2024	78771193	\$377.300	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>377.300</b>	<b>377.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075663137	JUAN MANUEL MARIN CALDERON		Carrera 41 A SUR # 35 - 33	3142287606	juanmanuel-marin@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	18/07/2024	78771193	\$377.300		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1075663137	MARIN CALDERON JUAN MANUEL	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA