	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	**Mariana Piñeros Alvarez**	**NIT/ CC No.**	**1,010,044,186**
CORREO ELECTRÓNICO	mpinerosa@invima.gov.co	**TELÉFONO**	**3025281234**
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**923 DEL 15 DE OCTUBRE DE 2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**69 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA DE LA SECRETARÍA GENERAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ARCHIVÍSTICAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN ACORDE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-10-15**	**FECHA DE INCIO**	**2024-10-22**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-12-31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 5,500,000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 3,300,000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 733.333**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 366.667**	**VALOR PAGADO**	**5.133.333**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**22 de Diciembre a 31 Diciembre del 2024**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**07100015760**

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

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

NÚMERO DE PLANILLA		**82574276**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**Diciembre-2024**	**2024-12-26**	**$ 162,500**	**Compensar**
PENSIÓN	**Diciembre-2024**	**2024-12-26**	**$ 208,000**	**Porvenir**
ARL	**Diciembre-2024**	**2024-12-26**	**$ 6,800**	**Sura**

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	12	31	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
Judy Magali Rodriguez Santana	**Fecha de revisado:** **AAAA-MM-DD**
Judy Magali Rodríguez Santana	**Consecutivo:**
Asesor de la Dirección General con delegación de funciones Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIANA PIÑEROS ALVAREZ
No. Identificación: CC1010044186
Dirección: CALLE 36 SUR #69B-56
Telefono: 302528163
Correo: MARYPILY204@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 82574276

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIANA PIÑEROS ALVAREZ
Tipo y número de identificación	CC1010044186
Número de planilla	82574276
Fecha pago	2024-12-26
Número de autorización pago	1862034
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

82574276

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010044186
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIANA PIÑEROS ALVAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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