| | 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** | **$ 2,200,000** |
| **NUEVO SALDO DEL CONTRATO** | **$ 1,100,000** | **VALOR PAGADO** | **4,400,000** | **No. PAGO QUE SE CERTIFICA** | **(PAGO 2)** |
| **TIPO DE PAGO** | PARCIAL | **FACTURA / CUENTA N°.** | **N/A** | **PERIODO OBJETO DE PAGO** | **22 de Noviembre a 21 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** | | **82561704** | | |
| **ITEM** | **PERIODO DE PAGO** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | **Noviembre- 2024** | **2024-12-10** | **$ 162,500** | **Compensar** |
| **PENSIÓN** | **Noviembre- 2024** | **2024-12-10** | **$ 208,000** | **Porvenir** |
| **ARL** | **Noviembre- 2024** | **2024-12-10** | **$ 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 | 26 | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal** | |
| | **Nombre** | |
| | **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 | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1010044186 | MARIANA PIÑEROS ALVAREZ | calle 36 sur #69b-56 | 302528163 | MARYPILY204@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 10/12/2024 | 82561704 | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 |
| **TOTALES** | 3 | 377.300 | 377.300 |

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 | 1010044186 | MARIANA PIÑEROS ALVAREZ | | calle 36 sur #69b-56 | 302528163 | MARYPILY204@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 10/12/2024 | 82561704 | $377.300 | |

## 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 | 1010044186 | PIÑEROS ALVAREZ MARIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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