	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	**SANDRA PATRICIA ALVAREZ VELASQUEZ**	**NIT/ CC No.**	52128163
CORREO ELECTRÓNICO	salvarezv@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3155227403
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	**343 DEL 18 DEFEBRERO DE 2025**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**9 MESES**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA PARA APOYAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS, CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD ARCHIVÍSTICA VIGENTE, EN EL MARCO DEL PROYECTO REDISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL 2024 2027		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2025-18-02**	**FECHA DE INCIO**	**2025-18-02**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2025-17-11**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 29.907.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 26.584.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.323.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 23.261.000**	**VALOR PAGADO**	**6.646.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**18 de marzo al 17 de abril del 2025**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**241-158724-66**

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	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**85409171**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**mar-25**	**2025-04-08**	$ 178.000	**Compensar EPS**
PENSIÓN	**mar-25**	**2025-04-08**	$ 227.800	**Colpensiones**
ARL	**mar-25**	**2025-04-08**	$ 7.500	**Positiva Seguros**

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**
	2025	4	25



JUDY MAGALY RODRIGUEZ SANTANA
Asesora de la Dirección General con delegación de funciones
Coordinador del Grupo de Gestión 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.

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	52128163	SANDRA PATRICIA ALVAREZ VELASQUEZ	CALLE 36 SUR N 69 B 56	3155227403	dramajuan@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85409171	$413.300	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52128163	SANDRA PATRICIA ALVAREZ VELASQUEZ		CALLE 36 SUR N 69 B 56	3155227403	dramajuan@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85409171	$413.300	

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	52128163	ALVAREZ VELASQUEZ SANDRA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	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	343 DEL 18 DEFEBRERO DE 2025			
CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA ALVAREZ VELASQUEZ		**NIT / C.C No. :**	**52128163**
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA PARA APOYAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS, CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD ARCHIVÍSTICA VIGENTE, EN EL MARCO DEL PROYECTO REDISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL 2024 2027			
VALOR DEL CONTRATO	$ 29.907.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2025/02/18**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**270 días**
FECHA DE INICIO:	**2025-02-18**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2025-17-11**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2025-03-18**	**HASTA:**	**2025-04-17**
PAGO NÚMERO:	**2**		**DEPENDENCIA:**	**Grupo de Gestión Documental y Correspondencia**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Judy Magaly Rodríguez Santana**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Apoyar la actualización del Diagnóstico Integral de Archivos de conformidad con las pautas del Archivo General de la Nación.	Todas las intervenciones se realizaron en coherencia con el objeto del contrato, priorizando el fortalecimiento del Sistema Integrado de Conservación, SGDEA, instrumentos archivísticos y cumplimiento de directrices del AGN.	Se evidenció cumplimiento normativo y trazabilidad institucional conforme a las directrices del AGN.
2	Apoyar en la actualización del Programa de Gestión Documental PGD, formatos, guías, manuales y demás documentación relacionados con el Grupo de Gestión Documental y Correspondencia.	Se analizó el contenido del Programa de Gestión Documental institucional para identificar vacíos, desactualizaciones y oportunidades de mejora	Se propusieron ajustes alineados con el marco normativo y técnico vigente.
3	Apoyar la actualización del Sistema Integrado de Conservación SIC, referente al Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital del INVIMA.	Se definieron acciones específicas para documentos en soporte papel, fotográfico y audiovisual, según su estado de conservación.	Se definieron acciones diferenciadas y técnicamente justificadas por tipo de soporte
4	Apoyar la elaboración de las Tablas de Valoración Documental – TVD y	Se realizó un levantamiento de series y subseries	Identificación de series y subseries documentales activas por dependencia, función

	actualización de las Tablas de Retención Documental – TRD del INVIMA, de conformidad con la metodología del Archivo General de la Nación.	documentales activas, en archivo central e histórico.	misional y proceso administrativo.
5	Realizar seguimiento de los instrumentos archivísticos y procesos de gestión documental implementados en el Invima con la periodicidad que se requiera, en cumplimiento de las normas y directrices determinadas por el Archivo General de la Nación.	Se establecieron criterios de evaluación para verificar la correcta implementación de los instrumentos archivísticos en cada dependencia.	Se consolidó documentación soporte
6	Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relacionen con el objeto del contrato.	Se asistió de manera oportuna a comités, reuniones, talleres, juntas y demás espacios convocados por el supervisor, relacionados con la gestión documental,	Reuniones de seguimiento: Revisión de avances, ajustes operativos, control de cumplimiento.
7	Las demás asignadas por el supervisor del contrato para el desarrollo del objeto contractual	Se atendieron oportunamente las solicitudes del supervisor relacionadas con ajustes técnicos, revisión de documentos, elaboración de insumos y participación en espacios institucionales.	Se evidenció cumplimiento oportuno y técnico de las solicitudes del supervisor.

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 2025.

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)
2	$ 3.323.000	$ 1.300.000	30	$ 413.300	85409171	miplanilla

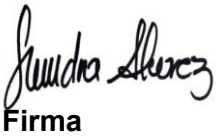
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 29.907.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 6.646.000
Saldo del contrato	$ 23.261.000

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
1	X	
2	X	

Atentamente,



Firma
Sandra Patricia Álvarez Velásquez
Contratista
C.C. No. 52.128.163

Recibí a satisfacción:

Firma JUDY RODRIGUEZ
Judy Magaly Rodríguez Santana
Asesora de la Dirección General con delegación de funciones
Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Supervisora Contrato 343 de 2025