	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	Danny Gerardo Toro Bello	**NIT/ CC No.**	1024590140
CORREO ELECTRÓNICO	mr.danny1998@gmail.com	**TELÉFONO**	3132131297
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestacion de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestion.	**(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)**	
No. CONTRATO	**390 DE 2025**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**294 DÍAS**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE COMUNICACIONES EN TODAS LAS ETAPAS DE LA PRODUCCIÓN GRÁFICA Y MULTIMEDIA, DESDE CONCEPTUALIZACIÓN, PLANIFICACIÓN, HASTA EL DISEÑO DE LAS CAMPAÑAS, CON EL FIN DE POSICIONAR LOS MENSAJES Y VELAR POR LA IMAGEN E IDENTIDAD VISUAL DEL INSTITUTO		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2025-03-12**	**FECHA DE INCIO**	**2025-03-12**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2025-12-31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 29.000.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 17.000.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.000.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 14.000.000**	**VALOR PAGADO**	**$ 15.000.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**pago 5**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**12 de julio al 11 de agosto del 2025**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**488416493671**

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	88254001			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	2025 - 7	17/07/2025	$178.000	Compensar EPS
PENSIÓN	2025 - 7	17/07/2025	$227.800	Porvenir
ARL	2025 - 7	17/07/2025	$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	8	11	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA **ASESORA DE LA DIRECCIÓN GENERAL CON ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DE COORDINACIÓN DEL GRUPO DE COMUNICACIONES** **SUPERVISOR CONTRATO 390 DE 2025**	**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.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	390 de 2025			
CONTRATISTA:	Danny Gerardo Toro Bello		**NIT / C.C No. :**	*1024590140*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE COMUNICACIONES EN TODAS LAS ETAPAS DE LA PRODUCCIÓN GRÁFICA Y MULTIMEDIA, DESDE CONCEPTUALIZACIÓN, PLANIFICACIÓN, HASTA EL DISEÑO DE LAS CAMPAÑAS, CON EL FIN DE POSICIONAR LOS MENSAJES Y VELAR POR LA IMAGEN E IDENTIDAD VISUAL DEL INSTITUTO			
VALOR DEL CONTRATO	$ 29.000.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025/03/12		**PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS**	294
FECHA DE INICIO:	2025/03/12		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	2025/12/31
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	2025/07/12	**HASTA:**	2025/08/11
PAGO NÚMERO:	CINCO		**DEPENDENCIA:**	COMUNICACIONES
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ROCÍO DEL PILAR GUEVARA VELOZA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Participar en la producción y diagramación de todo tipo de material gráfico y de multimedia para los diferentes canales de comunicación del INVIMA, tanto internos como externos, cumpliendo las directrices establecidas por el Gobierno Nacional para la imagen institucional de las entidades públicas, así como con las instrucciones de la Coordinadora del Grupo de Comunicaciones del INVIMA.	• Banner activación de modulo de registro • Agroexpo • Alimentos riesgo publico • Actualización de comercialización • Banner Invimagil • Banner modelo de regulación sanitaria • Café Meet • Capacitación virtual de inspección sanitaria • Invimagil • Corre con nosotros • Día nutricionista • Día ingeniero • Día comunicador social • Dispositivos médicos • Encuentro entidades de inspección	Obligación No. 1

		• Expo Invima • Fabricas de alimentos y bebidas • Gtt Orinoquia • Horario de atención extendido • Invimagil en acción registro de productos • Mantenimiento de Invimagil • Mantenimiento servidores • Mejora atención al ciudadano • Nuevo interfaz zoom • Exportación • Plataforma VUCE • Programa Nacional de Reactivovigilancia Reportes y Análisis de Casost • Programa nacional de tecnovigilancia • Si perteneces al sector de alimentos y bebidas no alcohólicas • Torneo futbol mixto • 7 agosto • Cumpleaños Bogotá	
2	Contribuir al desarrollo de una identidad visual mediante el diseño y/o la producción de elementos como logotipo, tipografía, colores y patrones, que puedan ser utilizados en todos los eventos y piezas de comunicación del INVIMA, que deben ser aprobados por el supervisor del contrato.	• Iconos de Instagram	Obligación No. 2
3	Apoyar de manera integral la implementación de las piezas gráficas, boletines, informes técnicos, banner, entre otros, desde la conceptualización y el diseño hasta su difusión estratégica, asegurando el cumplimiento de la normativa vigente en materia de derechos de autor para los contenidos audiovisuales publicados.	• ABC del derecho de petición • FARMASEGURIDAD • Guía para la implementación de requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos • Infografía informe de gestión general	Obligación No. 3

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 **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)
1	$3’000.000	1.423.500	30	$$413.300	88254001	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$29.000.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$15’000.000
Saldo del contrato	$14.000.000

6. PUBLICACIÓN 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
5	x	

Atentamente,

Danny Toro Bello

Danny Gerardo Toro Bello
Contratista
Diseño Grafico
Dirección General – Grupo de Comunicaciones
C.C. 1’024.590.140

Recibí a satisfacción:

Rocío del Pilar Guevara Veloza
Asesora de la Dirección General con asignación de funciones de Coordinación del Grupo de Comunicaciones
Supervisora contrato 390 de 2025

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	1024590140	DANNY GERARDO TORO BELLO	calle 71 d #19 f 44 sur	3132131297	mr.danny1998@gmail.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	
2025-07	2025-07	I	17/07/2025	88254001	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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
CC	1024590140	DANNY GERARDO TORO BELLO		calle 71 d #19 f 44 sur	3132131297	mr.danny1998@gmail.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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	17/07/2025	88254001	$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	Estudiante	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	1024590140	TORO BELLO DANNY GERARDO	59	0			N																	230301	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