

	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	DAVID GUISEPPE AREVALO GOMEZ		NIT/ CC No.	1,032,436,409	
CORREO ELECTRÓNICO	darevalog@invima.gov.co		TELÉFONO	3014862737	
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	366 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	6 meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EVALUAR, PRECONCEPTUAR Y CONCEPTUAR LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, DESABASTECIMIENTO, EVALUACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA ALLEGADOS A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	25/01/2024	FECHA DE INCIO	25/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	24/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.132.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 11.044.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 5.522.000	VALOR PAGADO	\$ 27.610.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	5
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	25 de mayo al 24 de junio de 2024
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	570466870064287
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 APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	1064509794				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
PENSION	2024-05	08 de julio de 2024	\$353.300	PORVENIR	
SALUD	2024-05	08 de julio de 2024	\$276.000	NUEVA EPS	
ARL	2024-05	08 de julio de 2024	\$11.600	SURA	
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					
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD		
	2024	7	8		
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
	Nombre				
	Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD		
GLORIA CECILIA PENUELA SANCHEZ	Consecutivo:				
Coordinador del Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos					
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.					



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-07-08, 10:42:26 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2024
Empresa	DAVID AREVALO GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032436409
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8810521177 / 1064509794
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 657.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 353.300	\$ 8.900
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 276.000	\$ 6.900
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 11.600	\$ 300
SubTotales:				\$ 640.900	\$ 16.100
Total a Pagar:					\$ 657.000

