

	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	FRANKLIN JIMENEZ LOZANO		NIT/ CC No.	72271795	
CORREO ELECTRÓNICO	franklinjimenezqf@gmail.com; fjimenezl@invima.gov.co		TELÉFONO	3017138158	
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	278 de 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	18/07/2024	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS COMO QUIMICO FARMACEUTICO EN LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO, PARA GARANTIZAR LA VIGILANCIA A LOS ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIA Y APOYAR LAS CONTINGENCIAS QUE IMPLEMENTE EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-01-19	FECHA DE INICIO	2024-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-07-18

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.132.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 5.522.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	33.132.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 6
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	19 DE JUNIO AL 18 DE JULIO DE 2024
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	027070042778

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	Facturas	N/A
Pago Parafiscales	N/A		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	9469462628; 9470662679			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	2024-06; 2024-07	2024-07-02; 2024-07-29	\$ 276,100; \$ 162,500	EPS SURA
PENSIÓN	2024-06; 2024-07	2024-07-02; 2024-07-29	\$ 353,500; \$ 208,000	PROTECCION
ARL	2024-06; 2024-07	N/A	Pagado por INVIMA	POSITIVA

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 Interventoría 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	7	29
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal		
	Nombre		
	Fecha de revisado:		
HERLYS MERLYS MARTINEZ BOLIVAR DIRECCION DE OERACIONES SANITARIAS. GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL COSTA CARIBE 1	Consecutivo:		

AAAA-MM-DD

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social			Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 72271795		JIMENEZ LOZANO FRANKLIN			INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Calle 84 # 15 a1-42	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	806118264		9470662679	I	2024/08/26	2024/07/29	BANCO DAVIVIENDA	\$370,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																													
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$370,500		
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																							\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$370,500
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$370,500
1	CC 72271795	JIMENEZ FRANKLIN										X								CC	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS010	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	No	\$370,500																			
Total Afiliados(1)																							\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$370,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social			Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 72271795		JIMENEZ LOZANO FRANKLIN			INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Calle 84 # 15 a1-42	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	806118264		9470662679	I	2024/08/26	2024/07/29	BANCO DAVIVIENDA	\$370,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PROTECCION	230201		800,229,739	0	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010		800,088,702	2	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL					1	\$370,500	\$0	\$0	\$370,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 72271795		FRANKLIN JIMENEZ LOZANO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 84 # 15 a1-42	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3017138158	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-06	2024-06	744696457		9469462628	I	2024/07/23	2024/07/02	BANCO DAVIVIENDA	\$629,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																															
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte		Exonerado SENA e ICBF																						
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																									\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0					\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$629,600	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																									\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0						\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$629,600
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																									\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0						\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$629,600
1	CC	72271795	JIMENEZ FRANKLIN																		230201	30	\$2,208,800	\$353,500	EPS010	30	\$2,208,800	\$276,100	0		\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	No	\$629,600																					
Total Afiliados(1)																									\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0						\$2,208,800	\$353,500			\$2,208,800	\$276,100			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$629,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 72271795		FRANKLIN JIMENEZ LOZANO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 84 # 15 a1-42	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3017138158	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-06	2024-06	744696457		9469462628	I	2024/07/23	2024/07/02	BANCO DAVIVIENDA	\$629,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$353,500	\$0	\$0	\$353,500
PROTECCION	230201		800,229,739	0	1	\$353,500	\$0	\$0	\$353,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$276,100	\$0	\$0	\$276,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010		800,088,702	2	1	\$276,100	\$0	\$0	\$276,100
TOTAL					1	\$629,600	\$0	\$0	\$629,600