	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	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	**NIT/ CC No.**	899999403- 4
CORREO ELECTRÓNICO	mgomezl@ins.gov.co ahuertas@ins.gov.co	**TELÉFONO**	2207700 ext 1413/1223
TIPO DE CONTRATO	Interadminsitrativo		NA
No. CONTRATO	397 DE 2025	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2024-12-26
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA PARA LA VIGILANCIA EN SEGURIDAD SANITARIA RESPECTO A LAS ACTIVIDADES ANALÍTICAS, BIOLÓGICAS Y MICROBIOLÓGICAS ESPECÍFICAS PARA LOS LABORATORIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2025-04-11**	**FECHA DE INICIO**	**2025-04-14**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2025-12-26**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 795.000.000,00	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 161.349.320,00	**VALOR A PAGAR**	$ 72.182.950
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 89.166.370,00	**VALOR PAGADO**	$ 705.833.630	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**6**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	19125-19225-19325-19425	PERIODO OBJETO DE PAGO	2025-09-10 al 2025-10-14
BANCO	DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA**	Corriente	**No DE CUENTA**	181990334

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	SI	**Ingreso a Almacén**	SI	
SGSSI	N/A	**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		**9492331404**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2025-10**	**2025-09-30**	**$ 302.733.500,00**	**ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) COMPENSAR EPS SURA (ANTES SUSALUD) FAMISANAR FOSYGA NUEVA E.P.S. NUEVA EPS MOVILIDAD SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SALUD TOTAL SANITAS UNIVERSIDAD, NACIONAL DE COLOMBIA (ver planilla anexa)**
PENSIÓN	**2025-09**	**2025-09-30**	**$ 401.954.800,00**	**COLFONDOS COLPENSIONES PORVENIR PROTECCION SKANDIA (ver planilla anexa)**
ARL	**2025-09**	**2025-09-30**	**$ 55.481.600**	**POSITIVA COMPAÑIA DE 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 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 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	**10**	**14**

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
	Fecha de revisado: AAAA-MM-DD
LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO **Coordinadora Grupo Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas** **Oficina de Laboratorios y Control de Calidad**	**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.