
		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	Angie Carolina Castro Castaño		NIT/ CC No.	1123514520			
CORREO ELECTRÓNICO	acastroc@invima.gov.co		TELÉFONO	3217282986			
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	118 DE 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	ONCE (11) MESES Y DOCE (12) DÍAS			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS CON EL FIN DE EVALUAR Y ANALIZAR LA DOCUMENTACION Y PROYECTAR EL FUNDAMENTO TÉCNICO PARA LA GESTIÓN Y EXPEDICIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS, CONFORME LAS SOLICITUDES ELEVADAS A LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA.						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-16	FECHA DE INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-30		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 58.105.800	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 42.814.800	VALOR A PAGAR	\$ 5.097.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 37.717.800	VALOR PAGADO	20.388.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 4)		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(19 de abril al 18 de mayo del 2026)		
BANCO	DAVIBANK	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	4502998154		
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	NO			
Pago Parafiscales	N/A		Ingreso a Almacén	NO			
SGSSI	SI		Documentos a cargo	NO			
Carné	NO		Otros. Cuales?	NO			
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL							
NÚMERO DE PLANILLA	1080687779						
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	01/04/2026	2026-04-30	\$ 254.800	SALUD TOTAL EPS			
PENSIÓN	01/04/2026	2026-04-30	\$ 326.100	PORVENIR			
ARL	01/04/2026	2026-04-30	\$ 10.700	POSITIVA DE SEGUROS			
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)							
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
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. <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. <input type="checkbox"/>							
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		
			2026	5	20		
			Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal				
			Nombre				
			Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD	
Yenny Paola Sanchez Obando Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías			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.							

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



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	2026-04-30, 03:02:18 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	ANGIE CAROLINA CASTRO CASTAÑO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1123514520
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1080687779
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	266986620
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	\$ 632.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 326.100	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 254.800	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 10.700	\$ 0
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 40.800	\$ 0

SubTotales: \$ 632.400 \$ 0
Total a Pagar: \$ 632.400