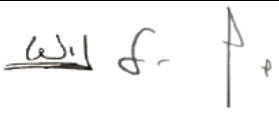
		GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	JUAN PABLO ARIAS		NIT/ CC No.	1.121.883.026	
CORREO ELECTRÓNICO	Jarias@invima.gov.co		TELÉFONO	3116061403	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	129 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	10 meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA GESTIÓN DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS, ALERTAS SANITARIAS Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES, ASÍ COMO BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-22	FECHA DE INICIO	2026-01-23	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-22
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 41.629.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR PAGADO	\$ 23.788.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 4)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(23 de Abril al 22 de Mayo del 2026)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	944-000094-65
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	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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	6013990931				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-05	2026-05-15	\$ 297.400,00	SANITAS	
PENSIÓN	2026-05	2026-05-15	\$ 380.000,00	POVENIR	
ARL	2026-05	2026-05-15	\$ 12.500,00	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)					
<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 periodo 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 2026	MM 5	DD 25	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
WILLIAM SAZA LONDOÑO COORDINADOR DEL GRUPO DE FARMACOVIGILANCIA		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.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1121883026
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN PABLO ARIAS ARIAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CALLE 21 #23-38	TELÉFONO: 5840560
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6013990931	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 310940918

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 380.700
SUBTOTAL:				1	\$ 380.700
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1	\$ 297.400
SUBTOTAL:				1	\$ 297.400
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 12.500
SUBTOTAL:				1	\$ 12.500

VALOR SIN MORA:	\$ 690.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 690.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121883026	NÚMERO PLANILLA:	6013990931	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	JUAN PABLO ARIAS ARIAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 21 #23-38	TELÉFONO:	5840560	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	310940918
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ÚNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras				
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 380.700
SUBTOTALES:										\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 380.700

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400
SUBTOTALES:										\$ 297.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 297.400	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.500	\$ 12.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.500	
SUBTOTALES:										\$ 12.500	\$ 0	\$ 0	\$ 12.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN					VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 1121883026	ARIAS JUAN PABLO	INDEPENDIENTE		\$ 2.378.800				NO																	230301-PORVENIR	30	2.378.800	\$ 380.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 380.700	EPS005-SANITAS S.A	30	2.378.800	\$ 297.400	\$ 0	\$ 297.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.378.800	\$ 12.500	\$ 12.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 690.600