


invima		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	MARIO ALVAREZ RODRIGUEZ		NIT/ CC No.	10173229	
CORREO ELECTRÓNICO	malvarezr@invima.gov.co		TELÉFONO	3157124833	
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	770 del 2023		TERMINO DE EJECUCIÓN	148 días	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INVIMA PARA APOYAR A LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS EN EL COMPONENTE TECNICO DE LAS ACTIVIDADES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A LAS PLANTAS DE BENEFICIO ANIMAL, BAJO EL MARCO DEL DECRETO 1500 DE 2007				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2023-07-28	FECHA DE INICIO	2023-07-28	FECHA DE TERMINACIÓN	2023-12-22
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 16.056.952	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 16.056.952	VALOR A PAGAR	\$ 3.322.128
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 12.734.824	VALOR PAGADO	3.322.128	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	---	PERIODO OBJETO DE PAGO	(28 de JULIO al 27 de AGOSTO del 2023)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	39774664185
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)					
NINGUNA					
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	9453913626				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FACTURA / CUENTA N°.	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JULIO	27/07/2023	165,800	SANITAS	
PENSIÓN	JULIO	27/07/2023	212,200	PORVENIR	
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 periodo 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	
		2023	8	30	
 CESAR AUGUSTO ROJAS BOTERO COORDINADOR GTT EJE CAFETERO/ OPERACIONES SANITARIA		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		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								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10173229		ALVAREZ RODRIGUEZ MARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 N 8 28	PUERTO SALGAR-CUNDINAMARCA	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	100000467	9453913626	I	2023/08/09	2023/07/27	BANCO DE BOGOTA	0	\$378,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,326,000	\$212,200			\$1,326,000	\$165,800			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,326,000	\$212,200			\$1,326,000	\$165,800			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: PUERTO SALGAR Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,326,000	\$212,200			\$1,326,000	\$165,800			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 10173229	ALVAREZ MARIO	230301	30	\$1,326,000	\$212,200	EPS005	30	\$1,326,000	\$165,800	0		\$0	\$0	0		\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,326,000	\$212,200			\$1,326,000	\$165,800			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10173229		ALVAREZ RODRIGUEZ MARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 N 8 28	PUERTO SALGAR-CUNDINAMARCA	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	1000000467	9453913626	I	2023/08/09	2023/07/27	BANCO DE BOGOTA	0	\$378,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,200	\$0	\$0	\$212,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$212,200	\$0	\$0	\$212,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$165,800	\$0	\$0	\$165,800	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$165,800	\$0	\$0	\$165,800	
TOTAL				1	\$378,000	\$0	\$0	\$378,000	