
		GESTIÓN CONTRACTUAL					
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GCON-FOR15		Versión: 01		Fecha de emisión: 2026-06-01			
1. DATOS GENERALES							
CONTRATISTA	AMANDA LUCIA MORENO DIAZ		NIT/ CC No.	52.013.776 - 2			
CORREO ELECTRÓNICO	amandamodi@hotmail.com		TELÉFONO	3107676725			
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	180 DEL 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	18/11/2026			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, EN LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC) Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS, TENDIENTES A CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN ESTUDIOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS EN SERES HUMANOS, ASI COMO , APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS CERTIFICADOS.						
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-19	FECHA DE INICIO	2026-01-19	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-18		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 59.470.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 35.682.000	VALOR A PAGAR	\$ 5.947.000		
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 29.735.000	VALOR PAGADO	29.735.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)		
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	19 de mayo a 18 de junio de 2026		
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	5570341577		
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	N/A				
SGSSI	SI	Documentos a cargo	N/A				
Carné	N/A	Otros, Cuales?	NO				
Indique las observaciones respectivas							
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL							
NÚMERO DE PLANILLA	1082835373						
ITEM	PERÍODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD			
SALUD	2026-05	2026-06-17	\$ 340.600	EPS SANITAS			
PENSIÓN	2026-05	2026-06-17	\$ 436.000	COLPENSIONES			
ARL	2026-05	2026-06-17	A CARGO DE INVIMA RIESGO 5	POSITIVA			
<i>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.</i>							
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. <input type="checkbox"/> 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"/> <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"/>							
<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	6	22		
 Laura Meliza Cruz Bernal Coordinadora (E) Grupo de Investigación Clínica Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos Supervisora Contrato 180 de 2026			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.							

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	2026-06-17, 11:00:15 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	AMANDA LUCIA MORENO DIAZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52013776
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082835373
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	398491038
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 776.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 436.000	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 340.600	\$ 0
SubTotales:				\$ 776.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 776.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

