	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**		
	Código: GAD-ABS-FM009	Versión: 03	Fecha de emisión: 03/07/2020

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**	**NIT/ CC No.**	80063119
CORREO ELECTRÓNICO	MJIMENEZS@INVIMA.GOV.CO	**TELÉFONO**	3103447068
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	**No. 051 de 2021**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**11 meses**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE TRADUCCIÓN OFICIAL Y TÉCNICA ESPAÑOL-INGLÉS Y VICEVERSA DE DOCUMENTOS ESCRITOS Y DE MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DEL INVIMA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**13/01/2021**	**FECHA DE INCIO**	**13/01/2021**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**12/12/2021**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 34,389,190**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 34,389,190**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3,126,290**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 31,262,900**	**VALOR PAGADO**	**3,126,290**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 01**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**13 DE ENERO A 12 DE FEBRERO DE 2021**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**No DE CUENTA**	**4552 7006 4344**

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)

N/A

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		**48146665**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**ene-21**	**25/01/2021**	**$ 350,000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**ene-21**	**25/01/2021**	**$ 448,000**	**COLPENSIONES**
ARL	**ene-21**	**25/01/2021**	**$ 14,700**	**POSITIVA**

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 EJECUCION CONTRACTUAL

(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn 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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**DD**	**MM**	**AA**	
	18	2	2021	



Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
Consecutivo:	

Liliana Rocio Ariza Ariza

Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales

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-ABS-MN002.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-ABS-FM027	Versión: 01	Fecha de emisión: 10/06/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*No. 051 de 2021*			
CONTRATISTA:	**MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA**		**NIT / C.C No. :**	*80063119*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE TRADUCCIÓN OFICIAL Y TÉCNICA ESPAÑOL-INGLÉS Y VICEVERSA DE DOCUMENTOS ESCRITOS Y DE MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DEL INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 34.389.190			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**13/01/2021**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**13/01/2021**
FECHA DE INICIO:	**13/01/2021**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**12/12/2021**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**13 ENERO 2021**	**HASTA:**	**12 FEBRERO 2021**
PAGO NÚMERO:	**01**		**DEPENDENCIA:**	**Oficina de Asuntos Internacionales**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Liliana Rocio Ariza Ariza - Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			**ACCIONES REALIZADAS**			**EVIDENCIAS**			
Obligación contractual desarrollada	**Descripción de la actividad desarrollada**								
	Documento para traducir		**Tipo de documento**	**Conteo de palabras**	**Inglés - Español - Inglés**	**Carpeta compartida**	**Prio-ritario**	**Comen-tarios**	**Status**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	1	01 ASS-RSA-FM150	ASUE	1,881	ING-ESP	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
Traducción Técnica Profesional y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	2	02 ASS-RSA-GU70	ASUE	4,020	ING-ESP	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	3	03 ASS-RSA-PR24	ASUE	1,793	ING-ESP	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	4	04 Guía del Usuario - Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia ASUE (COVID-19) Dec. 1787 Vacunas	ASUE	824	ING-ESP	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**

Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	5	05 TIC-GTI-FM011 - Formato de publicación	ASUE	393	ING-ESP	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
	6	Documento Sinovac	Documento Medicamentos	695	Español-Inglés	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
	7	Documento Sinovac 2	Documento Medicamentos	1,874	Español-Inglés	Carpeta Compartida OAI	**URG**		**OK**
	8	Procedimiento IVC en PBAs	Procedimiento DAB	5,364	Español-Inglés	Carpeta Compartida OAI			**OK**
	9	ASS-AYC-MN001 Manual de Verifciación HACCP - Parte 1	Manual DAB	1,171	Español-Inglés	Carpeta Compartida OAI			**OK**
			Total	**18.015**					
			Total por mes	**18.000**					
			Saldo para Sig. Período						

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.	N/A	N/A	N/A	N/A

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de **ENERO** del año **2021**.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	**$ 3.126.290**	**$ 2.800.000**	**30**	**$ 812.700**	**48146665**	**miplanilla**

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$**	**34,389,190**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$**	**3,126,290**
Saldo del contrato	**$**	**31,262,900**

6. PUBLICACIÓN EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

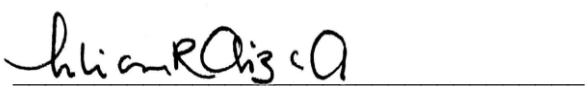
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
01	**X**	

Atentamente,



MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA
Contratista
C.C. No. 80.063.119

Recibí a satisfacción:



Liliana Rocio Ariza Ariza
Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales
Supervisor(a) Contrato No. 051 de 2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	80063119-	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	1	2021	4814666

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
KRA 54D #188-41 INT 9 APTO 502	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4692778	4692778	malejisa@hotmail.com	7490	0	1	2021/01/25	871115558

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	350.000	0		0		0	350.000	0	0	0	350.000	0		0	0	350.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	448.000	0	0	0	0	0	0	448.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	14.700		0	0	14.700

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	14.700		0	147	14.700

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	448.000	448.000
SALUD	350.000	350.000
RIESGOS LABORALES	14.700	14.700
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	812.700	812.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	80063119	JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO	EPS005	25-14																				2.800.000	2.800.000	0	2.800.000	0			448.000	0	0	350.000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información