

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO		No. 26 de 2025		
CONTRATISTA:	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA		NIT / C.C No. :	80063119
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE TRADUCCIÓN TÉCNICA EN IDIOMA INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS, DE TEXTOS OFICIALES, DOCUMENTOS, MATERIAL DE AUDIO Y/O VIDEO Y OTRAS MODALIDADES COMO TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS AL INTERIOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.			
VALOR DEL CONTRATO	\$70,367,000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025-01-14		PLAZO DE EJECUCIÓN DÍAS	330
FECHA DE INICIO:	2025-01-16		FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-12-15
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE:	2025-02-16	HASTA:	2025-03-15
PAGO NÚMERO:	02		DEPENDENCIA:	Oficina de Asuntos Internacionales
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JAVIER FERNANDO ALVARADO MORENO Profesional Especializado, Coordinador Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			ACCIONES REALIZADAS			EVIDENCIAS			
Obligación contractual desarrollada	Descripción de la actividad desarrollada		ACCIONES REALIZADAS			EVIDENCIAS			
	Documento para traducir		Tipo de documento	Conteo de palabras	Inglés - Español - Inglés	Carpeta compartida	Prioritario	Comentarios	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	Informe Final Resultados Plan Carne Aviar 2022 (1)	Documento DAB	2826	Español-Inglés	x	x		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.	2	informe_resultados_pnsvcr_aviar_2023 (1)	Documento DAB	3064	Español-Inglés	x	x		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	Respuesta DEFRA 20251702 rev AA CE SV	Oficio DAB	4340	Español-Inglés	x	x		OK

 <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL SANITARIO</small>	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

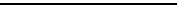
Internacionales (AOI) del Invima.									
Traducción Técnica Escrita y traducción de material audiovisual inglés – español – inglés, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la Oficina de Asuntos Internacionales (AOI) del Invima.	4	Texto sobre PNSVCR en carne bovina V2[52]	Documento DAB	867	Español-Inglés	X	X		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	Presentación general Invima 27.02.25	Power Point Dirección General	1561	Español-Inglés	X	X		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.	6	Annex 2- Considerations for sending milk samples to laboratories (1)	Documento DAB	3567	Español-Inglés	X	X		OK
			Total	16225					
			Total por mes	21.440					
			Saldo para Sig. Período	7642					

INTERPRETACIÓN SIMULTÁNEA –TOTAL EN EL PRESENTE PERÍODO DISTRIBUÍDO ASÍ:

Sesión informativa con la Comisión Europea y la Unión Africana para conocer la experiencia de la Unión Africana en la creación de la Agencia Africana de Medicamentos (AMA), en colaboración con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). 08:00 am a las 10:00 am
Viernes 7 de febrero de 2025.

Modalidad Virtual.

Reunion de apertura auditoria FSIS EEUU Carne Bovina (jornada completa) Lunes 17 de febrero 8-5 pm en nivel central Invima. Modalidad presencial.
Visita FSIS EEUU al Laboratorio Microbiológico de Alimentos y Bebidas Invima (jornada completa) Martes 18 de febrero 8-5 pm Avenida calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.. Modalidad presencial.

 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

Visita FSIS EEUU al Laboratorio Físicoquímico de Alimentos y Bebidas Invima (jornada completa)
 Miércoles 19 de febrero
 8-5 pm
 Avenida calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.. **Modalidad presencial.**

Reunión de cierre auditoría FSIS EEUU Carne Bovina
 Viernes 7 de marzo
 (media jornada viernes Marzo 7 10:30 am - 12m)
Modalidad virtual.

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 **FEBRERO** del año **2025**.

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)
02	\$ 6.397.000	\$ 2.800.000	30	\$ 812.700	84616845	miplanilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 70.367.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 17.794.000
Saldo del contrato	\$ 57.573.300

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

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
02	X	

Atentamente,

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

Recibí a satisfacción:

JAVIER FERNANDO ALVARADO MORENO

Profesional Especializado, Coordinador Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales
Supervisor(a) Contrato No. 26 de 2025

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN			
	Código: GAD-CGT-FM24	Versión: 01		Fecha de Emisión: 2022-02-01

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. 26 de 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	2025-12-15	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE TRADUCCIÓN TÉCNICA EN IDIOMA INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS, DE TEXTOS OFICIALES, DOCUMENTOS, MATERIAL DE AUDIO Y/O VIDEO Y OTRAS MODALIDADES COMO TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS AL INTERIOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-01-14	FECHA DE INICIO	2025-01-16	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-15

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 70.367.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 63.970.000	VALOR A PAGAR	\$ 6.397.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 57.573.000	VALOR PAGADO	12.794.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	2
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	16 DE FEBRERO A 15 DE MARZO DE 2024
BANCO	DAVIENDA	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)					

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 Ingreso a Almacén Documentos a cargo Otros. Cuales?	N/A		
Pago Parafiscales	N/A		N/A		
SGSSI	SI		N/A		
Carné	N/A		N/A		
Indique las observaciones respectivas					

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
NÚMERO DE PLANILLA	84616845			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	FEBRERO DE 2025	2024-03-03	\$ 350.000	EPS SANITAS
PENSIÓN	FEBRERO DE 2025	2024-03-03	\$ 448.000	COLPENSIONES
ARL	FEBRERO DE 2025	2024-03-03	\$ 14.700	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)				
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 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 Interventoría GAD-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.				
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD	
	2025	3	17	
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
	Nombre			
	Fecha de revisado:			
JAVIER FERNANDO ALVARADO MORENO Profesional Especializado, Coordinador Grupo de Admisibilidad Sanitaria y Aprovechamiento de Mercados Internacionales de la Oficina de Asuntos Internacionales	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-ABS-MN002.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA		KM 5 VIA ZIPAQUIRA BRICENO	6019445783	malejisa@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84616845	TOTAL A PAGAR \$812.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	350.000	0		0		0	0	0	0	350.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	812.700	812.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80063119	MANUEL ALEJANDRO JIMENEZ SALAMANCA		KM 5 VIA ZIPAQUIRA BRICENO	6019445783	malejisa@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84616845	\$812.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna, exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	80063119	JIMENEZ SALAMANCA MANUEL ALEJANDRO				57	0			N							X										25-14	2.800.000	448.000	0	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	350.000	14-23	2.800.000	1	14.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA