	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**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	**CRISTINA ALEJANDRA DE LA OSSA PASTRANA**	**NIT/ CC No.**	**1069473164**
CORREO ELECTRÓNICO	tinadelaossa@hotmail.com	**TELÉFONO**	**3004149689**
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	**306 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 Días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA FORTALECER EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO SANITARIO REALIZANDO LA EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS JURÍDICOS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE NOTIFCACIÓN SANITARIA, PERMISO SANITARIO O REGISTRO SANITARIO, Y TRÁMITES SOCIADOS DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE VIGILANCIA DE ESTA DIRECCIÓN.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**19 de enero de 2022**	**FECHA DE INCIO**	**19 de enero de 2022**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**16 de diciembre de 2022**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$42,182,702.40**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$42,182,702.40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174.00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$38,324,528.40**	**VALOR PAGADO**	**$ 3.858.174.00**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 1)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de enero al 18 de febrero del 2022)**
BANCO	**AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**No. 020964685**

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	**9429826449**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ENERO**	**1/21/2022**	**$193,000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**ENERO**	**1/21/2022**	**$247,000**	**AFP PORVENIR**
ARL	**ENERO**	**1/21/2022**	**$8,100**	**ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

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.***

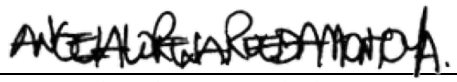
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2022	2	21



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA

Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069473164		DELAOSSA PASTRANA CRISTINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera54dnumero188-18int9apt502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1294092531	9429826449	I	2022/02/15	2022/01/21	BANCO AV VILLAS	0	$448,100

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)					$1,543,270	$247,000			$1,543,270	$193,000			$0	$0			$1,543,270	$8,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,543,270	$247,000			$1,543,270	$193,000			$0	$0			$1,543,270	$8,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,543,270	$247,000			$1,543,270	$193,000			$0	$0			$1,543,270	$8,100		$0	$0
1	CC 1069473164	DE LA OSSA CRISTINA	230301	30	$1,543,270	$247,000	EPS005	30	$1,543,270	$193,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,543,270	$8,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,543,270	$247,000			$1,543,270	$193,000			$0	$0			$1,543,270	$8,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069473164		DELAOSSA PASTRANA CRISTINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera54dnumero188-18int9apt502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1294092531	9429826449	I	2022/02/15	2022/01/21	BANCO AV VILLAS	0	$448,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,000	$0	$0	$247,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,000	$0	$0	$247,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$0	$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$0	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,000	$0	$0	$193,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$193,000	$0	$0	$193,000
TOTAL				**1**	**$448,100**	**$0**	**$0**	**$448,100**

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI ( ) NO (**X**)

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (**X**)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). SI (**X**) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA **X**

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO (**X**)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.800.400) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. _____ Banco _____, consigno la suma de $_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____, la suma de $_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de

$_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (**X**) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (**X**).

Atentamente,

_____
Firma:
Nombres y Apellidos CRISTINA ALEJANDRA DE LA OSSA PASTRANA
C.C. _____ 1069473164 de ____ Cordoba

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14796928748

(415)7707212489984(8020) 000001479692874 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 4 7 3 1 6 4	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 9 4 7 3 1 6 4	2 0 0 6 0 6 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA OSSA	PASTRANA	CRISTINA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 54 D 188 18 IN 9 AP 502 BRR MIRANDELA

42. Correo electrónico: tinadelaossa@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 0 4 1 4 9 6 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 2 0 0 5 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 11 - 11 / 23 : 30: 57

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DE LA OSSA PASTRANA CRISTINA ALEJANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 020964685

El Banco AV Villas certifica que: **Cristina Alejandra De Pastrana**
identificada con el documento No. 1069473164, tiene en la oficina LA CASTELLANA (019) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 020964685 desde el 02 de diciembre de 2013.

Fecha de expedición: 19/02/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	**306 de 2022**			
CONTRATISTA:	**CRISTINA ALEJANDRA DE LA OSSA PASTRANA**		**NIT / C.C No. :**	**1.069.473.164**
OBJETO CONTRACTUAL:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA FORTALECER EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO SANITARIO REALIZANDO LA EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS JURÍDICOS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE NOTIFCACIÓN SANITARIA, PERMISO SANITARIO O REGISTRO SANITARIO, Y TRÁMITES SOCIADOS DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE VIGILANCIA DE ESTA DIRECCIÓN.**			
VALOR DEL CONTRATO	**CUARENTA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MCTE $42.182.702,40**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**19 DE ENERO DE 2022**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328 Días**
FECHA DE INICIO:	**19 DE ENERO DE 2022**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**16 DE DICIEMBRE DE 2022**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**19 DE ENERO DE 2022**	**HASTA:**	**18 DE FEBRERO DE 2020**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Alimentos Bebidas DAB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA Coordinadora Grupo de Registros sanitarios**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1,	Realizar la evaluación legal de conformidad a las reglas jurídicas aplicables respecto de tramites presentados por los usuarios para la concesión de las autorizaciones de comercialización (Registro Sanitario, Permiso Sanitario, Notificación sanitaria de alimentos) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	

	procedimientos vigentes.		
2,	Apoyar a la Dirección de Alimentos y Bebidas en la proyección jurídica de conceptos y respuestas a las consultas internas, externas, derechos de petición y recursos, relacionadas con los aspectos jurídicos recibidos por cualquier medio de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes de acuerdo con el objeto del contrato.	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	
3,	Realizar la evaluación jurídica referente al control posterior de los de los registros, permisos y notificaciones sanitarias de alimentos y Bebidas para la verificación del cumplimiento de la normatividad Sanitaria vigente.	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	
4,	Apoyar al Grupo de Trabajo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas con la revisión jurídica de la apertura para verificación de registros, permisos y notificaciones sanitarias del cumplimiento de la normatividad vigente, derivados de las acciones de inspección vigilancia y control otorgadas a la Dirección de Alimentos y Bebidas	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	
5,	Apoyar en el control, actualización y seguimiento de la información suministrada en los sistemas de información y aplicativos, dispuestos por la Dirección de Alimentos y bebidas	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido**	

	para el trámite de las solicitudes de registros sanitarios y trámites asociados.	**tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	
6,	Asistir y brindar acompañamiento técnico en las reuniones y en las que participe el Grupo de Trabajo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas de acuerdo con el objeto contractual.	**El reporte de trámites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 06 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registros y verificar la productividad del contratista.**	

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

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS(CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicéprevio a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamientopresenté 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.				
2.				
……				

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 2022.**

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)
1	**$3.858.174**	**$1,543,270**	**30**	**$448,100**	**9429826449**	**APORTES EN LINEA**

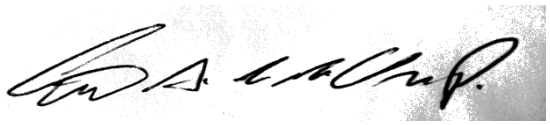
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$42.182.702,40**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 38.324.528,40**
Saldo del contrato	**$3.858.174**

6. PUBLICACION 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
1	X	

Atentamente,



Firma
CRISTINA ALEJANDRA DE LA OSSA PASTRANA
Contratista
C.C. No. 1.069.473.164

Recibí a satisfacción:

Firma 
ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios
Supervisor(a) Contrato 306 de 2022