	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	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	**19/01/2022**	**FECHA DE INCIO**	**19/01/2022**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**16/12/2022**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$42.182.702,40**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$34.466.354,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174.00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$30.608.180,40**	**VALOR PAGADO**	**$ 11.574.522,00**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	**PARCIAL**	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de marzo al 18 de abril 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	**No. 9432909955**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**MARZO**	**28/03/2022**	**$193.000**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**MARZO**	**28/03/2022**	**$247.000**	**AFP PORVENIR**
ARL	**MARZO**	**28/03/2022**	**$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	4	19	
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
	Nombre			
	Fecha de revisado:			AAAA-MM-DD
ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA	**Consecutivo:**			
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas				

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.

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
2022-03	2022-03	1386091165	9432909955	I	2022/04/19	2022/03/28	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
2022-03	2022-03	1386091165	9432909955	I	2022/04/19	2022/03/28	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**

	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 MARZO DE 2022**	**HASTA:**	**18 DE ABRIL DE 2020**
PAGO NÚMERO:	**3**		**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	**Actividad o tipo de trámite realizado** / **CANTIDAD** REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - RSA **92** RENOVACION RS NUEVO ALIMENTOS –RSA **1** AUTORIZACIONES **1** CERTIFICACION SIN R.S. **1** CERTIFICACION SIN RS EXPORTACION SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION **2** REGISTRO SANITARIO CON EXPEDIENTE ALIMENTOS - RSA NOTIFICACION SANITARIA NUEVA ALIMENTOS-NSA **25** PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS PSA **15** MODIFICACIÓN LEGAL DE ALIMENTOS **6** MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS **3** NOTIFICACION SANITARIA CON EXPEDIENTE **2**	**Aplicativo de registros sanitarios**

	sanitaria de alimentos) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.	PERMISO SANITARIO CON EXPEDIENTE ALIMENTOS - PSA **1** REGISTRO SANITARIO CON EXPEDIENTE ALIMENTOS - RSA **2** AGOTAMIENTOS DE ETIQUETAS 5 **REGISTRO SANITARIO NUEVO BEBIDAS ALCOHOLICAS** **MODIFICACION DE R.S. BEBIDAS ALCOHOLICAS 23** **REGISTRO BEBIDAS ALCOHLICAS 6** **MICROEMPRESARIOS 2** **Total de actividades desarrolladas en el mes** **Total 187**	
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.	DERECHO DE PETICION 7 CITAS VIRTUALES 5 Atención telefónica **Total 12**	**Correos y Acta de asistencia de cita virtual.**
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.	Se realizo el estudio del control posterior de los tramites de registros, notificaciones y permiso sanitario de alimentos acorde al reporte de la productividad	**Aplicativo de registros sanitarios**

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	Se apoyo jurídicamente acorde a las normas que reglamentan y soportan el estudio de los trámites de registros, permiso y notificación sanitaria de alimentos. Se emitieron autos de requerimientos y resoluciones de los temas de registros, permiso y notificación sanitaria de alimentos.	**Aplicativo de registros sanitarios**
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 para el trámite de las solicitudes de registros sanitarios y trámites asociados.	Se llenó y actualizo la base de datos del aplicativo de registros sanitario de acuerdo a los tramites evaluados	**Aplicativo de registros sanitarios**
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.	Asistencia a reuniones del grupo de registros sanitarios por vía Teams. Asistencia presencial en las reuniones del grupo de registros sanitarios. Asistencia capacitaciones virtuales.	**Acta de asistencia**

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.	Ninguno			
2.	Ninguno			
……				

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 marzo 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)
3	**$3.858.174**	**$1,543,270**	**30**	**$448,100**	**9432909955**	**APORTES EN LINEA**

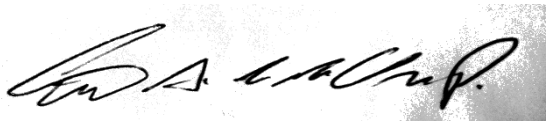
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	**$42.182.702,40**
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	**$ 11.574.522**
Saldo del contrato	**$30.608.180,40**

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
2	X	

Atentamente,



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

Recibí a satisfacción:



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