	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	**Euranio José Manotas Maldonado**	**NIT/ CC No.**	8.526.853 - 3
CORREO ELECTRÓNICO	ejmanotas@hotmail.com	**TELÉFONO**	3004530277
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**N/A**	
No. CONTRATO	**318 de 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 Dias**
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 notificación sanitaria, permiso sanitario o registro sanitario, y trámites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta Dirección.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 42.182.702,40**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 38.324.528,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174,00**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 34.466.354,40**	**VALOR PAGADO**	**$ 7.716.348,00**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**2**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	N/A	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de febrero al 18 de marzo del 2022**
BANCO	**Banco Davivienda**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**002800192698**

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	**N° 1045001395 del mes de febrero de 2022.**			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**feb-22**	**2022-03-31**	**$ 193.000,00**	**EPS SANITAS**
PENSIÓN	**feb-22**	**2022-03-31**	**$ 247.000,00**	**COLPENSIONES**
ARL	**feb-22**	**2022-03-31**	**$ 8.100,00**	**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

(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.

4. El contratista realizó el estudio de trámites de registros, permisos, notificaciones sanitarias y trámites asiociados de alimentos y bebidas alcohólicas. Igulamente dio cumplimiento con la programación de atención de usuarios (Telefónica, presencial y chat) y respondió las consultas y derechos de petición asignadas en los términos.

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	3	31	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA **Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas**	**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.

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	2022-03-31, 08:54:43 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2022
Empresa	EURANIO JOSE MANOTAS MALDONADO
CEDULA CIUDADANIA	CC 8526853
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1045001395
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1390986688
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 457.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 247.000	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 193.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 8.100	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 9.300	$ 0

SubTotales:	$ 457.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 457.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **30/03/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
INVIMA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EURANIO JOSE MANOTAS MALDONADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **8526853**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550002800192698**
Fecha de apertura	**02/08/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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	**318 de 2022**			
CONTRATISTA:	**Euranio Jose Manotas Maldonado**		**NIT / C.C No. :**	**8526853-3**
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 notificación sanitaria, permiso sanitario o registro sanitario, y trámites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta Dirección.			
VALOR DEL CONTRATO	**CUARETA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($42'182.702).**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2022-01-19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328 Días**
FECHA DE INICIO:	**2022-01-19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2022-12-16**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022-02-19**	**HASTA:**	**2022-03-18**
PAGO NÚMERO:	**PAGO 2**		**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Alimentos y Bebidas - DAB**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	1 Apoyar profesionalmente en la evaluación legal de los documentos aportados por el usuario para la concesión de las autorizaciones de comercialización (Registro Sanitario, Permiso Sanitario, Notificación sanitaria, Permiso de comercialización) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes	**REGISTRO SANITARIO NUEVO** 1 **CERTIFICACION SIN R.S.** 1 **SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION** 2 **REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - RSA** 51 **NOTIFICACION SANITARIA NUEVA ALIMENTOS - NSA** 12 **PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - PSA** 3 **MODIFICACION LEGAL DE ALIMENTOS** 32 **MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS** 5 **NOTIFICACION SANITARIA CON EXPEDIENTE ALIMENTOS - NSA** 1 **AGOTAMIENTO DE ETIQUETAS** 4 **RENOVACION RS NUEVO ALIMENTOS - RSA** 6 **REGISTRO SANITARIO NUEVO** 49 **MODIFICACION DE R.S.** 31 **RENOVACION** 11 **SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION** 1 **REGISTRO BEBIDAS ALCOHOLICAS MICROEMPRESARIOS** 3 213	**La productividad se encuentra en el Aplicativo de Registros Sanitarios donde puede ser verificada.**
2	2 Apoyar la gestión jurídica respecto de la elaboración de respuestas a las consultas internas	DERECHO DE PETICION 3 CONSULTAS 2 **Total** **2**	**La productividad se encuentra en el aplicativo de correspondencia donde puede ser verificada.**

	y externas, derechos de petición, recursos de reposición relacionados con registros sanitarios y trámites asociados de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.		
3	3 Acompañar desde la atención jurídica la gestión de los registros sanitarios y trámites asociados que soliciten los ciudadanos por los distintos medios con los que cuenta el Instituto.	ATENCION TELEFONO(DIAS) 1 CHATS (DIAS) 1 **Total 2** Actividades de apoyo al grupo de registros sanitarios	**Puede ser verificada en los cronogramas de atención**
4	4 Verificar los requisitos de orden legal concernientes con la publicidad de los productos competencia de la Dirección de Alimentos y Bebidas.	Asistencia a una (1) reunión de revisión técnica del grupo de publicidad.	**Puede ser verificada en las actas de reuniones del Grupo de Publicidad de la DAB**
5	Consolidar y actualizar las bases de datos, aplicativos y archivos, establecidos en la Dirección Alimentos y Bebidas relacionados con el objeto del contrato.	Se consolidaron y actualización de base de datos solicitadas por los usuarios mediante derechos de petición	**Puede ser verificada en las Respuestas de peticiones a usuarios de la DAB**

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			**FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS**

	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	INICIO	FINALIZACIÓN

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 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	$ 1.543.269	30	$448.100	1045001395	SIMPLE

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 42.182.702
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 7.716.348
Saldo del contrato	$ 34.466.354

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,



EURANIO JOSÉ MANOTAS MALDONADO
Contratista
C.C. No. 8.526.853

Recibí a satisfacción:

Firma



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinadora del Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas,
Dirección de Alimentos y Bebidas
Supervisor(a) Contrato 220 de 2020