invima	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 emisio 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO**	**NIT/ CC No.**	94063303
CORREO ELECTRÓNICO	acampod@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3155382578
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**NO**	
No. CONTRATO	**335 -2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 dias**
OBJETO DEL CONTRATO	**prestar servicios profesionales al grupo de registros sanitarios de la direccion de alimentos y bebidas para fortalecer el proceso de aseguramiento sanitario realizando la evalucion de requerimientos juridicos en el procedimiento de expedicion de notificacion sanitaria,permiso sanitario y tramites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta dirrecion**		

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**	**$ 34.466.354,4**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**30.608.180,4**	**VALOR PAGADO**	**11.574.522**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**3**
TIPO DE PAGO	parcial	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de marzo a 18 de abril 2022**
BANCO	**Banco Caja Social**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorro**	**No DE CUENTA**	**24083104903**

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)

NO

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO	**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**1044829829**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**2022/03**	**2022-04-09**	**$ 193.000,00**	**SURA**
PENSIÓN	**2022/03**	**2022-04-09**	**$ 247.000,00**	**COLPENSIONES**
ARL	**2022/03**	**2022-04-09**	**$8.100.00**	**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 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.

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**	**26**	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	**2022-04-26**
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.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/04/26

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	335/2022			
CONTRATISTA:	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO		**NIT / C.C No. :**	*94063303*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARAFORTALECER 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	$42.182.702,40			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2022/01/19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328**
FECHA DE INICIO:	**2022/01/19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2022/12/16**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022/03/19**	**HASTA:**	**2022/04/18**
PAGO NÚMERO:	**3**		**DEPENDENCIA:**	**REGISTROS SANITARIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Grupo de Sanitarios Registros de Alimentos y Bebidas Dirección de Alimentos y Bebidas ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA CORDINADORA			

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	Se realizo el estudio de Registros Sanitarios Nuevos RSA logrado evacuar a la fecha de corte **22** procesos de RSA.	**APLICATIVO REGISTROS SANITARIOS**

	sanitaria de alimentos) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los 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.	Se dio el trámite pertinente a 5 derechos de petición enviados a mi correo y resueltos dentro de los términos de ley.	**OUTLOOK**
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 de modificaciones legales de alimentos logrando evacuar a la fecha de corte un total de **19** procesos.	**APLICATIVO 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.	En el estudio de notificación Sanitarias Nuevas se logró evacuar **1** proceso y en modificación técnica de alimentos se evacuaron **10** procesos.	**APLICATIVO REGISTROS SANITARIOS.**
5	Apoyar en el control, actualización y seguimiento de la información suministrada en los sistemas de	En los estudios de corrección de resolución se logro evacuar **3** procesos dentro del mes de corte	**APLICATIVO REGISTROS SANITARIOS.**

	información y aplicativos, dispuestos por la Dirección de Alimentos y bebidas para el trámite de las solicitudes de registros sanitarios y trámites asociados.	En total se evacuaron **55** procesos, los cuales me fueron asignados dentro del mes de corte y para ese momento es menester informar la pantalla de trabajo estaba vacía.	

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

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (NO APLICA)

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	1044829829	pago simple

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	$ 30.608.180,4

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
3	x	

Atentamente,



Firma ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO
Nombres y apellidos del contratista
Contratista
C.C. No. 94063303

Recibí a satisfacción:



Firma ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Nombres y Apellidos
Cargo CORDINADORA
Dependencia Grupo de Sanitarios Registros de Alimentos y Bebidas
Dirección de Alimentos y Bebidas
Supervisor(a) Contrato 335 de 2022

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-04-11, 04:13:56 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1044829829

Periodo Cotización: marzo de 2022 **Periodo Servicio:** marzo de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8848666770

PAGADO 09/04/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO HERHAN CAMPO DELGADO		
Documento	CC94063303	**Dirección**	CR 53 #13 - 15 APTO 202B
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3155382
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 94063303	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.543.270	$ 247.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.543.270	$ 193.000	0,522	$ 1.543.270	$ 8.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.543.270	$ 1.543.270	$ 1.543.270	$ 0	$ 247.000	$ 193.000	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.100	$ 0	$ 448.100

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.