	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**	**$ 26.750.006,4**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**22.891.832,4**	**VALOR PAGADO**	**$ 19.290.870**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**5**
TIPO DE PAGO	parcial	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de mayo a 18 de junio 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		**1045983211**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2022/05**	**2022-06-05**	**$ 193.000,00**	**SURA**
PENSIÓN	**2022/05**	**2022-06-05**	**$ 247.000,00**	**COLPENSIONES**
ARL	**2022/05**	**2022-06-05**	**$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	**8**	**4**	
	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
	Nombre			
	Fecha de revisado:			**2022-08-04**
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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-06-05, 12:04:49 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1045983211

Periodo Cotización 202205 **Periodo Servicio** 202205

Cliente:

PAGADA 2022-06-05 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO HERHAN CAMPO DELGADO				
Documento	CC 94063303	**Dirección**	CR 53 #13 - 15 APTO 202B		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3155382		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 94063303		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CAMPO DELGADO ALVARO HERNAN	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.543.270	25-14		16 %	$ 1.543.270	$ 247.000	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.543.270	$ 193.000	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.543.270	$ 8.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 247.000	$ 0	$ 0	$ 193.000	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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!

	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:**	**2022/05/19**	**HASTA:**	**2022/06/18**
PAGO NÚMERO:	**5**		**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	Conforme al requerimiento y a la fecha agosto 4 de 2022 esta la pantalla de trabajo totalmente evacuada (limpia)	**Aplicativo Registro 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 **15** derechos de petición soporte se encuentra en **SESUITE.**	**OUTLOOK** **SESUITE**
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.	Conforme al requerimiento y a la fecha agosto 4 de 2022 está la pantalla de trabajo totalmente evacuada (limpia)	**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.	Conforme al requerimiento y a la fecha agosto 4 de 2022 está la pantalla de trabajo totalmente evacuada (limpia)	**APLICATIVO REGISTROS SANITARIOS.** **Atención telefónica**
5	Apoyar en el control, actualización y seguimiento de la información suministrada en los sistemas de	área de trabajo Evacuada conforme al requerimiento realizado.	**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.		

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 mayo 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)
4	$3.858.174	1.543.270	30	448.100	1045983211	pago simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$42.182.702,40
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 19.290.870
Saldo del contrato	$ 22.891.832,4

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**
5	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