	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	**IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS**	**NIT/ CC No.**	86.063.294
CORREO ELECTRÓNICO	Iviasusa@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3103114281
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	**307 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**	**$ 19.033.658,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 15.175.484,40**	**VALOR PAGADO**	**27.007.218**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 7**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de julio al 18 de agosto de 2022**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorrros	**No DE CUENTA**	**39593286651**

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	NO	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA: 9438348992

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**JULIO DE 2022**	**2022-08-22**	**$ 193.000**	**SALUD TOTAL**
PENSIÓN	**JULIO DE 2022**	**2022-08-22**	**$ 247.000**	**COLPENSIONES**
ARL	**JULIO DE 2022**	**2022-08-22**	**$ 8.100**	**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	26

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA

ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinador del 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.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTION 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	**307 de 2022**		
CONTRATISTA:	**IVAN MAURICIO VIASUS ARIAS**	**NIT / C.C No. :**	**86063294**
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	$42.182.702,40 **(CUARENTA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MCTE)**		
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: Julio 19 de 2022**	**HASTA:**	**Agosto 18 2022**
PAGO NÚMERO:	**7**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Alimentos y Bebidas**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Ángela 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	**Actividad o tipo de trámite realizado** — **CANTIDAD** AUTORIZACION 3 SOLICITUD DE CORRECION 4 REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS 46 NOTIFICACION SANITARIA NUEVA ALIMENTOS 5 PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS – PSA 8 MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS 18 MODIFICACION LEGAL DE ALIMENTOS 23 NOTIFICACION SANITARIA CON EXPEDIENTE 2 REGISTRO SANITARIO CON EXPEDIENTE 1 PERMISO SANITARIO CON EXPEDIENTE 2 AGOTAMIENTO DE ETIQUETAS 2 REGISTRO SANITARIO NUEVO 5 MODIFICACIÓN DE REGISTRO 1	Aplicativo de registros sanitarios

		Total de actividades desarrolladas en el mes **120**	
2	2 Apoyar la gestión jurídica respecto de la elaboración de respuestas a las consultas internas 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.	DERECHO DE PETICION 18 CITAS VIRUALES 2 **Total** **20**	**Aplicativo de correspondencia**
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 TELÉFONO (DÍAS) ATENCION CHAT(JORNADAS) ATENCIÓN OFICINA VIRTUAL Total:	**Listados emitidos por el coordinador del grupo de Registros Sanitarios y Bebidas**
4	4 Verificar los requisitos de orden legal concernientes con la publicidad de los productos competencia de la Dirección de Alimentos y Bebidas	No se realizó revisión técnica de publicidad.	
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 llenó y actualizo la base de datos del aplicativo de registros sanitario de acuerdo a los tramites evaluados	**Aplicativo de registros sanitarios**

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.	N/A	N/A	N/A	N/A

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 julio 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)
7	$3.858.174	$1.543.269	30	$448.100	9438348992	Aportes en línea

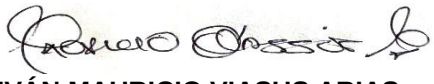
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$42.182.702
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$27.007.218
Saldo del contrato	$15.175.484

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
6	x	

Atentamente,



IVÁN MAURICIO VIASUS ARIAS
Contratista
C.C. No. 86.063.294 de Villavicencio
Recibí a satisfacción:

Firma



ÁNGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinador del Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas,
Dirección de Alimentos y Bebidas (Supervisora) Contrato 307 de 2022

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 86063294		VIASUS ARIAS IVAN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 8 ESTE 20A - 17 SUR MIRADOR	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1613756161	9438348992	I	2022/08/23	2022/08/22	BANCOLOMBIA	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)					$1,543,269	$247,000			$1,543,269	$193,000			$0	$0			$1,543,269	$8,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,543,269	$247,000			$1,543,269	$193,000			$0	$0			$1,543,269	$8,100		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,543,269	$247,000			$1,543,269	$193,000			$0	$0			$1,543,269	$8,100		$0	$0
1	CC	86063294 VIASUS IVAN	25-14	30	$1,543,269	$247,000	EPS002	30	$1,543,269	$193,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,543,269	$8,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,543,269	$247,000			$1,543,269	$193,000			$0	$0			$1,543,269	$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 86063294		VIASUS ARIAS IVAN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 8 ESTE 20A - 17 SUR MIRADOR	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1613756161	9438348992	I	2022/08/23	2022/08/22	BANCOLOMBIA	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$193,000	$0	$0	$193,000
TOTAL				**1**	**$448,100**	**$0**	**$0**	**$448,100**