	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**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	**LINA MAYERLY LOPEZ SANDOVAL**	**NIT/ CC No.**	1,098,644,837
CORREO ELECTRÓNICO	LLOPEZS@INVIMA.GOV.CO	**TELÉFONO**	3183776531
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	**320 DEL 19 DE ENERO DE 2022**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 DIAS**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCION 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	**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**	**$ 38.324.528,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 34.466.354,40**	**VALOR PAGADO**	**7.716.348**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**2**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de Febrero al 18 de Marzo del 2022)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORRO	**No DE CUENTA**	**30320108779**

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		**9431947828**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**FEBRERO**	**4/03/2022**	**$ 275.000,00**	**SURA**
PENSIÓN	**FEBRERO**	**4/03/2022**	**$ 352.000,00**	**PORVENIR**
ARL	**FEBRERO**	**4/03/2022**	**$ 11.500,00**	**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 aquí 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.

	AAAA	MM	DD	
Fecha de expedición de la presente certificación:	2022	3	30	

ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA.

ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Cordinadora Grupo de Registro Santarios de la Direccion de Alimentos y Bebidas - Supervisora

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (X)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). SI (X) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA___X_

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
ERNESTO LOPEZ GALEANO	57 años	PADRE	91,240,358
BLANCA RUBIELA SANDOVAL	53 año	MADRE	63,344,603

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO (X)

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.800.400) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. _____ Banco _____, consigno la suma de $_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____, la suma de $_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de

$_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para este mes, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (x) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X).

Atentamente,



_____
Firma:
Nombres y Apellidos LINA MAYERLY LOPEZ SANDOVAL
C.C. 1,098,644,837 de _____ BUCARAMANGA

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 1098644837		LOPEZ SANDOVAL LINA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 8b 10-05	BUCARAMANGA-SANTANDER	6192694	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1353270139	9431947828	I	2022/03/09	2022/03/04	BANCOLOMBIA	0	$638,500

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)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0
1	CC	1098644837	LOPEZ LINA	230301	30	$2,200,000	$352,000	EPS010	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,200,000	$11,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$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 1098644837		LOPEZ SANDOVAL LINA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 8b 10-05	BUCARAMANGA-SANTANDER	6192694	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1353270139	9431947828	I	2022/03/09	2022/03/04	BANCOLOMBIA	0	$638,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				**1**	**$638,500**	**$0**	**$0**	**$638,500**

Certificado Bancario

Lunes, 28 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LINA MAYERLY LOPEZ SANDOVAL identificado(a) con CC 1098644837, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30320108779	2021/03/29	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
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	**320 DEL 19 DE ENERO DE 2022**			
CONTRATISTA:	**LINA MAYERLY LOPEZ SANDOVAL**		**NIT / C.C No. :**	**1.098.644.837**
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	CUARENTA Y DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS DOS CON CUARENTA CENTAVOS PESOS M/C **($42'182.702,40).**			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	19 de enero de 2022		**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:	**2**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de Alimentos y Bebidas - DAB
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas			

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 sanitaria de alimentos) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y		Aplicativo de registros sanitarios

Tipo Tramite	total
AUTORIZACION	2
CERTIFICACION SIN R.S.	1
SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION	1
REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - RSA	6
PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - PSA	1
MODIFICACION LEGAL DE ALIMENTOS	65
MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS	49
AGOTAMIENTO DE ETIQUETAS	1
MODIFICACION DE R.S.	4

SE REPORTARON 130 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO)

<table>
<tr><td></td><td>los procedimientos vigentes</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>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</td><td>SE REALIZARON DOS DE PETICIONES CON RADICADOS

20221502158
20221013400

SE REALIZARON 6 JORNADAS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIA TELEFÓNICA PLATAFORMA TEAMS EN LAS SIGUIENTES FECHAS

23 DE FEBRERO
1 DE MARZO
7 DE MARZO
10 DE MARZO
14 DE MARZO
17 DE MARZO

SE ATENDIERON LAS SIGUIENTES CITAS

14815 25 DE FEBRERO
14811 25 DE FEBRERO
13618 23 DE FEBRERO
13655 23 DE FEBRERO
14222 24 DE FEBRERO
13855 10 DE MARZO
14646 10 DE MARZO
14794 10 DE MARZO</td><td>Aplicativo de correspondencia y listado emitido por la persona encargada del tema de programación de turnos para atención telefónica, reparto de peticiones o citas – cargue de evidencia.</td></tr>
<tr><td>3</td><td>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.</td><td><table><tr><td>Tipo Tramite</td><td>total</td></tr><tr><td>AUTORIZACION</td><td>2</td></tr><tr><td>CERTIFICACION SIN R.S.</td><td>1</td></tr><tr><td>SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION</td><td>1</td></tr><tr><td>REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - RSA</td><td>6</td></tr><tr><td>PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - PSA</td><td>1</td></tr><tr><td>MODIFICACION LEGAL DE ALIMENTOS</td><td>65</td></tr><tr><td>MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS</td><td>49</td></tr><tr><td>AGOTAMIENTO DE ETIQUETAS</td><td>1</td></tr><tr><td>MODIFICACION DE R.S.</td><td>4</td></tr></table>
SE REPORTARON 130 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO)</td><td>listados emitidos por el coordinador del grupo de registros sanitarios de alimentos y bebidas</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Apoyar al Grupo de Trabajo de Registros</td><td>20221502438
20221502439</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>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 Alime tos y Bebidas</td>
<td>
<table>
<tr><td>20221502440</td></tr>
<tr><td>20221502441</td></tr>
<tr><td>20221502442</td></tr>
<tr><td>20221502443</td></tr>
</table>
Se brindo apoyo jurídico a 6 tramites asignados via sharepoint y correo electrónico
</td>
<td>Aplicativo de registros sanitario</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>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.</td>
<td>
<table>
<tr><th>Tipo Tramite</th><th>total</th></tr>
<tr><td>AUTORIZACION</td><td>2</td></tr>
<tr><td>CERTIFICACION SIN R.S.</td><td>1</td></tr>
<tr><td>SOLICITUD DE CORRECCION RESOLUCION</td><td>1</td></tr>
<tr><td>REGISTRO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS - RSA</td><td>6</td></tr>
<tr><td>PERMISO SANITARIO NUEVO ALIMENTOS – PSA</td><td>1</td></tr>
<tr><td>MODIFICACION LEGAL DE ALIMENTOS</td><td>65</td></tr>
<tr><td>MODIFICACION TECNICA DE ALIMENTOS</td><td>49</td></tr>
<tr><td>AGOTAMIENTO DE ETIQUETAS</td><td>1</td></tr>
<tr><td>MODIFICACION DE R.S.</td><td>4</td></tr>
</table>
SE REPORTARON 130 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO)
</td>
<td>Aplicativo de registros sanitario</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>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</td>
<td>Asistí a 3 reuniones de grupo y
a 2 capacitaciones (cannabis y atención a usuarios)</td>
<td></td>
</tr>
</table>

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

Por motivos del Covid-19 este periodo no se realizó ningún tipo de comisión

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)
2	$3.858.174	$2.200.000	30	638,500	9431947828	Aportes en linea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 42.182.702,40
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,



LINA MAYERLY LOPEZ SANDOVAL
Nombres y apellidos del contratista
Contratista
C.C. No. 1.098.644.837B/manga

Recibí a satisfacción:



ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios DAB
Supervisora Contrato 320 del 19 de enero de 2022