	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	**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**	**$ 7.459.136,40**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 3.600.962,40**	**VALOR PAGADO**	**38.581.740**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 10)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**10**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de Octubre al 18 de Noviembre 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	**9441798350**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**OCTUBRE**	**2022-11-02**	**$ 193.000,00**	**SURA**
PENSIÓN	**OCTUBRE**	**2022-11-02**	**$ 247.100,00**	**PORVENIR**
ARL	**OCTUBRE**	**2022-11-02**	**$ 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	12	6

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal

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

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

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.

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
2022-10	2022-10	1736622291	9441798350	I	2022/11/10	2022/11/02	BANCOLOMBIA	0	$448,200

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)					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
1	CC	1098644837	LOPEZ LINA	230301	30	$1,544,000	$247,100	EPS010	30	$1,544,000	$193,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,544,000	$8,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$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 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
2022-10	2022-10	1736622291	9441798350	I	2022/11/10	2022/11/02	BANCOLOMBIA	0	$448,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,100	$0	$0	$247,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,100	$0	$0	$247,100
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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$193,000	$0	$0	$193,000
TOTAL				1	$448,200	$0	$0	$448,200

	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:**	**2022-10-19**	**HASTA:**	**2022-11-18**
PAGO NÚMERO:	**10**		**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	<table><tr><td>Tipo Tramite</td><td>total</td></tr><tr><td>REGISTRO SANITARIO NUEVO</td><td>5</td></tr></table> **SE REPORTARON 5 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO) + 5 TRAMITES MANUALES CVL Y CNR** <table><tr><td>Radicado</td><td>fecha</td></tr><tr><td>20221601301</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601299</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601279</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601269</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601477</td><td>04/11/2022</td></tr></table>	Aplicativo de registros sanitarios

<table>
<tr><td></td><td>normativa sanitaria y 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 CINCO (5) DE PETICIONES CON RADICADOS
<table><tr><td>20221215956</td></tr><tr><td>20221602311</td></tr><tr><td>2022600622</td></tr><tr><td>20222009773</td></tr><tr><td>20221208814</td></tr></table>
SE ATENDIO CUATRO (4) CITA VIRTUAL
<table><tr><td>RADICADO</td></tr><tr><td>24354</td></tr><tr><td>24576</td></tr><tr><td>CORREO 3 DE NOVIEMBRE</td></tr><tr><td>24720</td></tr></table></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>REGISTRO SANITARIO NUEVO</td><td>5</td></tr></table>
SE REPORTARON 5 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO) + 5 TRAMITES MANUALES CVL Y CNR
<table><tr><td>Radicado</td><td>fecha</td></tr><tr><td>20221601301</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601299</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601279</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601269</td><td>31/10/2022</td></tr><tr><td>20221601477</td><td>04/11/2022</td></tr></table></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 Sanitarios de Alimentos y Bebidas con la revisión jurídica de la apertura para verificación de registros, permisos y</td><td><table><tr><td>Tipo Tramite</td><td>total</td></tr><tr><td>REGISTRO SANITARIO NUEVO</td><td>5</td></tr></table>
SE REPORTARON 5 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO) + 5 TRAMITES MANUALES CVL Y CNR</td><td>Aplicativo de registros sanitario</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>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</td><td>
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>fecha</th></tr>
<tr><td>20221601301</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601299</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601279</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601269</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601477</td><td>04/11/2022</td></tr>
</table>
</td><td></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>REGISTRO SANITARIO NUEVO</td><td>5</td></tr>
</table>
SE REPORTARON 5 TRAMITES EN PLATAFORMA (APLICATIVO) + 5 TRAMITES MANUALES CVL Y CNR
<table>
<tr><th>Radicado</th><th>fecha</th></tr>
<tr><td>20221601301</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601299</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601279</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601269</td><td>31/10/2022</td></tr>
<tr><td>20221601477</td><td>04/11/2022</td></tr>
</table>
</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>SE ASISITIO A REUNION EL DIA
21 DE OCTUBRE (JURIDICOS)
31 DE OCTUBRE 2022
1 DE NOVIEMBRE</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

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 Octubre 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)
10	$3.858.174	$1.544.000	30	448.200	9441798350	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 42.182.702,40
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 38.581.740
Saldo del contrato	$ 3.600.962.40

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
9	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