	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	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	**SANTIAGO ERAZO DELGADO**	**NIT/ CC No.**	1010029232
CORREO ELECTRÓNICO	santiagoed_25@hotmail.com	**TELÉFONO**	3192921504
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**846-2024**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**30/12/2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR VISITAS Y CERTIFICACIONES DE VERIFICACION DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIAS DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO. A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE COSMETICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DEL INVIMA**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2024-09-19**	**FECHA DE INCIO**	**2024-09-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2024-12-30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 11.298.200**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 7.975.200**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.323.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 4.652.200**	**VALOR PAGADO**	**6.646.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO DOS (2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**DOS (2)**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(19 de octubre al 18 de noviembre del 2024)**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**29900004440**

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	N/A	**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		**9476051068**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2024-10**	**24/10/2024**	**$ 166.200**	**COMPRENSAR**
PENSIÓN	**2024-10**	**24/10/2024**	**$ 212.700**	**PROTECCIÓN**
ARL				

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**	
	2024	11	26	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
	Nombre
Martha M. Martinez P.	**Fecha de revisado:** AAAA-MM-DD
MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA **Coordinadora del Grupo Técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica**	**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: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	846 de 2024			
CONTRATISTA:	SANTIAGO ERAZO DELGADO		**NIT / C.C No. :**	1010029232
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR VISITAS Y CERTIFICACIONES DE VERIFICACION DE REQUISITOS A ESTABLECIMIENTOS COMPETENCIAS DEL INVIMA, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO A SU CUMPLIMIENTO. A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE COSMETICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIEGENE DEL INVIMA			
VALOR DEL CONTRATO	$11.298.200			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2024-09-19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**103 Días**
FECHA DE INICIO:	**2024-09-19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2024-12-30**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2024-10-19**	**HASTA:**	**2024-11-18**
PAGO NÚMERO:	**DOS (2)**		**DEPENDENCIA:**	**DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Ejecutar visitas de seguimiento a la certificación de capacidad de producción en las condiciones técnicas de fabricación de productos competencia de esta dirección de acuerdo con los procedimientos y la normatividad sanitaria vigente.	Se realizó 05 visitas de seguimiento a la certificación de producción a nivel nacional a los establecimientos: - COSMETICOS MYE & CIA. SOCIEDAD EN COMANDITA SIMPLE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PROPIEDAD DE COSMETICOS MYE & CIA. SOCIEDAD EN COMANDITA SIMPLE - COSVAL SAS - JAB FACTORY S A S - LAURA COSMÉTICOS LTDA - SUQUIN S.A.S.	Actas de visita de capacidad de producción, las cuales se encuentran en el sharepoint: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_GTCOSMTICOS
2	Emitir conceptos técnicos para actas de suspensión de las notificaciones sanitarias obligatorias teniendo en	Durante el periodo de la presente cuenta de cobró no se emitieron conceptos	N/A

	cuenta las visitas de seguimiento realizadas a los establecimientos fabricantes de productos cosméticos y de aseo e higiene doméstica	técnicos para actas de suspensión.	
3	Elaborar proyectos de respuestas a las consultas internas, externas, denuncias, derechos de petición y recursos recibidos por los medios dispuestos por la entidad, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes, relacionados con el objeto contractual.	Se emitió respuesta de la siguiente correspondencia: -Radicado entrante 20241255635, radicado saliente 20242046671	Las respuestas se evidencian en la plataforma: http://sesuite.invima.gov.co/softexpert/login
4	Registrar y mantener actualizadas las bases de datos del grupo técnico de los establecimientos con certificados de capacidad de producción, buenas prácticas de manufacturas y normas técnicas de fabricación de acuerdo con el resultado de las visitas de seguimiento a la capacidad realizadas	Se actualizo la base de datos de programación 2024, base de correspondencia, base de actualización por perdida de CCP.	Actualización de la base de datos se encuentran en ,el sharepoint: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365_GTCOSMTICOS

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.	6100-AC-0424-2024	Barranquilla	21/10/2024	23/10/2024
2.	6100-AC-0442-2024	Santa Rosa de cabal	28/10/2024	30/10/2024
3.	6100-AC-0452-2024	Bogotá	31/10/2024	31/10/2024
4.	6100-AC-0465-2024	Candelaria	5/11/2024	7/11/2024
5.	6100-AC-0495-2024	Bucaramanga	18/11/2024	19/11/2024

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 2024

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	$3.323.000	$1.329.200	30	$378.900	9476051068	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$11.298.200
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$6.646.400
Saldo del contrato	$ 4.651.800

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,

Santiago Erazo D.

Firma
Santiago Erazo Delgado
Contratista
C.C. No. 1010029232

Recibí a satisfacción:

Martha M. Martinez P.

Firma
MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA
Coordinadora del Grupo Técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica
Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica
Supervisor(a) Contrato 846 de 2024

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010029232		SANTIAGO ERAZO DELGADO	INDEPENDIENTE	Principal	CALLE 65B # 88-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6404657	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1001725533	9476051068	I	2024/11/12	2024/10/24	NEQUI	0	$378,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					**$1,329,200**	**$212,700**			**$1,329,200**	**$166,200**			**$0**	**$0**			**$0**		**$0**		**$0**	**$0**		**$378,900**
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					**$1,329,200**	**$212,700**			**$1,329,200**	**$166,200**			**$0**	**$0**			**$0**		**$0**		**$0**	**$0**		**$378,900**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,329,200	$212,700			$1,329,200	$166,200			$0	$0			$0		$0		$0	$0		**$378,900**
1	CC	1010029232 ERAZO SANTIAGO							X										23020 1	30	$1,329,200	$212,700	EPS008	30	$1,329,200	$166,200		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$378,900
Total	**Afiliados(1)**																				$1,329,200	$212,700			$1,329,200	$166,200			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$378,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010029232		SANTIAGO ERAZO DELGADO	INDEPENDIENTE	Principal	CALLE 65B # 88-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6404657	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1001725533	9476051068	I	2024/11/12	2024/10/24	NEQUI	0	$378,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,700	$0	$0	$212,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$212,700	$0	$0	$212,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,200	$0	$0	$166,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$166,200	$0	$0	$166,200
TOTAL				**1**	**$378,900**	**$0**	**$0**	**$378,900**