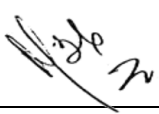
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	CESAR JAVIER VILLAMIL GUTIERREZ		NIT/ CC No.	79636269	
CORREO ELECTRÓNICO	cejaviqu@gmail.com		TELÉFONO	3112779585	
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	332 DE 2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	23/11/2024	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO VETERINARIO Ó MÉDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA, PARA FORTALECER A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LO ORDENADO EN EL DECRETO 1500 DE 2007 Y SUS RESOLUCIONES REGLAMENTARIAS, CON RELACIÓN A LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES ASOCIADAS A LA HIGIENE DE LA CARNE.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-01-23	FECHA DE INICIO	24/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-11-23
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 33.230.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 9.969.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.323.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 6.646.000	VALOR PAGADO	26.584.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 8)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	8	PERIODO OBJETO DE PAGO	(24 de agosto al 23 de septiembre del 2024)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	233-182366-74
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)					
NINGUNA					
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	79736363				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	AGOSTO	2024-10-17	\$ 170.000,00	COMPENSAR EPS	
PENSIÓN	AGOSTO	2024-10-17	\$ 217.500,00	PROTECCION	
ARL	AGOSTO	NA	Valor pagado por el Invima Riesgo 5 sin valor	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 deberá realizar un informe respecto de la ejecución 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:					
<ol style="list-style-type: none"> Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 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. 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 Interventoría 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	10	20	
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
		Nombre			
		Fecha de revisado:			
		AAAA-MM-DD			
 MARTIN E. BARRERA GARZON Coordinador Grupo de Trabajo Territorial Centro Oriente 2 - Direccion de Operaciones Sanitarias - Invima		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	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN	
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79636269	CESAR JAVIER VILLAMIL GUTIERREZ		CARRERA 88D 8C 21	3222012446	cejavigu@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	17/10/2024	79736363	\$387.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	166.200	0		0		0	31	3.800	0	170.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	212.700	0	0	0	0	31	4.800	0	217.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	31	0	0	0
ICBF				
0	31	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	166.200	170.000
Pensión	1	212.700	217.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	378.900	387.500


DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79636269	CESAR JAVIER VILLAMIL GUTIERREZ		CARRERA 88D 8C 21	3222012446	cejavigu@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-08	2024-08	I	17/10/2024	79736363	\$387.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC	79636269	VILLAMIL GUTIERREZ CESAR JAVIER	3	0			N																	230201	1.329.200	212.700	0	0	0	0	EPS008	1.329.200	166.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	N° 332 DE 2024		
CONTRATISTA:	CESAR JAVIER VILLAMIL GUTIERREZ	NIT / C.C No. :	79636269
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO VETERINARIO O MÉDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA, PARA FORTALECER A LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LO ORDENADO EN EL DECRETO 1500 DE 2007 Y SUS RESOLUCIONES REGLAMENTARIAS, CON RELACIÓN A LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES ASOCIADAS A LA HIGIENE DE LA CARNE		
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$ 33.230.000)		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-01-23	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	305 DIAS
FECHA DE INICIO:	2024-01-24	FECHA DE TERMINACIÓN:	2023-11-24
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024-08-24	HASTA:	2024-09-23
PAGO NÚMERO:	8 (OCHO)	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS – GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL CENTRO ORIENTE DOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MARTIN E. BARRERA GARZON		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Acompañar la inspección oficial en todas las actividades que se requieran en plantas de beneficio animal, desposte y desprese, para garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios en ellas.	Inspección permanente en plantas de beneficio, según asignación y/o programación enviada desde la coordinación. Diligenciamiento de Bitácora	Programación: AGOSTO: 1. Del 24 de agosto al 23 de septiembre de 2024 2. IVC -PBA – CHIPAQUE (CUNDINAMARCA) – Mes agosto días, 26,27,29 y 30 Mes de septiembre días 2,3,9,10,12,13,16,18,19,20,23
2	El contratista deberá presentarse con los elementos necesarios de protección, los cuales serán adquiridos por sus medios, para	Las actividades de inspección se realizan con los elementos de protección personal y dotación requerida como se determina en el contrato.	Uso de elementos de protección y dotación durante la ejecución de la labor contratada bajo contrato N° 332 de 2024 , en las planta de beneficio animal CHIPAQUE.



FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

	desempeñar las actividades a realizar		
3	Apoyar el componente técnico de la inspección oficial de INVIMA, mediante el diligenciamiento de los formatos acorde a lo establecido en los manuales, protocolos, guías y lineamientos del sistema de verificación Oficial aplicables en las plantas de beneficio animal	Se realiza el diligenciamiento de los respectivos formatos acorde a la especie durante el desarrollo de la inspección oficial en las Plantas de Beneficio Animal. Así como también se realiza el registro del control horario servicio de inspección oficial diario acorde a la programación y el registro del reporte semanal de horas de inspección oficial, los cuales son escaneados en formato PDF y enviados como soporte a los correos: dduenass@invima.gov.co, jpenarandar@invima.gov.co	VC-INS-FM015 IVC-INS-FM027 IVC-INS- FM030 IVC-INS- FM029 IVC-INS-FM139 IVC-INS-FM040 IVC-VIG-FM004 IVC-INS-FM054 BITÁCORA
4	Reportar al coordinador(a) del grupo de Trabajo Territorial Respectivo y/o Inspector Oficial del INVIMA cualquier signo o síntoma relativo a alguna de las enfermedades de notificación obligatoria previamente establecidas por el Instituto Agropecuario-ICA, conforme a lo establecido en el sistema integral de gestión adoptado por la entidad.	Se reporta como primera instancia a la Dra. Ingrid Nieto y en caso de no tener respuesta se le informara a la Dra. Martin E Barrera Garzón Coordinador del grupo de Trabajo Territorial Centro Oriente 2 o Inspector Oficial del INVIMA, cualquier síntoma relativo asociado a enfermedades de control oficial, acorde a lo establecido por el Instituto Agropecuario-ICA, conforme a lo establecido en el sistema integral de gestión adoptado por la entidad.	A la fecha durante la inspección permanente en la PBA – CHIPAQUE – no se han presentado y/o evidenciado signos o lesiones compatibles con enfermedades de notificación obligatoria
5	Apoyar el proceso de Inspección Ante-Mortem y Post-Mortem, verificación de instalación, equipos y utensilios para asegurar una óptima situación sanitaria en las actividades relacionadas con el beneficio de los animales, registrando	<u>INSPECCIÓN ANTE - MORTEM:</u> Inspección de los animales vivos según normatividad aplicable acorde a la especie, verificando el cumplimiento de los requisitos sanitarios para la aprobación de su beneficio, así como la verificación de los	VC-INS-FM015 IVC-INS-FM027 IVC-INS- FM030 IVC-INS- FM029 IVC-INS-FM139 IVC-INS-FM040 IVC-VIG-FM004 IVC-INS-FM054

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

los hallazgos en los respectivos formatos.

documentos de soporte sanitario emitidos en producción primaria (guías de movilización y certificados sanitarios)

INSPECCIÓN PRE-OPERATIVA:

1. Verificación de las condiciones de Limpieza y Desinfección de las instalaciones, equipos, utensilios, previa autorización para el inicio del proceso de beneficio,
2. Aplicación de BPM por parte del personal que participa activamente en el proceso (manipuladores directos).
3. Variables: Potabilidad del agua, puntos de desinfección y funcionalidad de los filtros sanitarios

INSPECCIÓN OPERATIVA:

1. Aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) durante el desarrollo de las operaciones y manipulación del alimento por parte del personal que participa activamente en el proceso de beneficio.
2. Verificación de cloro residual en agua potable, puntos de desinfección para utensilios, productos e indumentaria y filtros sanitarios funcionales.
3. Verificación de la efectividad de los diferentes procesos (insensibilizado, sangría, eviscerado y despachos) que se llevan a cabo

BITÁCORA

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

durante el faenado y su posterior transformación en un producto cárnico comestible, así como la verificación del cumplimiento de las variables estipuladas en cada etapa acorde a la normatividad aplicable según la especie.

4. Verificación de tolerancia 0 y toma de acciones correctivas a lugar
5. Verificación de rotulado.
6. Verificación de la aplicación de POES operativos.

INSPECCIÓN POST-MORTEM:

Inspección del estado de las canales y los productos cárnicos comestibles (vísceras), así como la verificación y el registro diario del producto no conforme (Decomisos) en las Plantas de Beneficio.

Envío de consolidado de decomisos mensuales correspondientes a las Plantas de Beneficio, acorde a la programación mensual al E-mail:

imartinezo@invima.gov.co

gespinosag@invima.gov.co

INSPECCIÓN DE**BIENESTAR ANIMAL:**

Inspección semanal de las condiciones de bienestar animal y efectividad del proceso de insensibilizado y sangría en las diferentes fases acorde a la especie en las Plantas de Beneficio.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS:



FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

		Registro de actividades y novedades diarias evidenciadas durante la inspección preoperativa y operativa de las Plantas de Beneficio. CHIPAQUE	
6	Elaborar informes de las actividades desarrolladas durante la inspección en plantas de beneficio animal en los términos requeridos por el supervisor del contrato	<p>Se elaboran los informes de las actividades desarrolladas durante la inspección en plantas de beneficio animal, solicitados desde la Coordinación del grupo de Trabajo Territorial Centro Oriente 2 y se envían en los términos requeridos por el coordinador del contrato al Dr . Martin E. Barrera Garzón.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato informe de actividades 2. Formato de certificación de cumplimiento para pago e informe de supervisión. 3. Formato informe final de supervisión 4. Consolidado mensual de decomisos 5. Formato consolidado mensual de animales sacrificados 6. Revisión de programa control integral de plagas y registros IVC-INS-FM054 <p>Realizar actividades y diligencias que el supervisor del contrato asigne de acuerdo a los requerimientos de la Dirección de Operaciones Sanitarias conforme a la normatividad sanitaria vigente y dentro de las competencias del contratista.</p>	<p>VC-INS-FM015 IVC-INS-FM027 IVC-INS- FM030 IVC-INS- FM029 IVC-INS-FM139 IVC-INS-FM040 IVC-VIG-FM004 IVC-INS-FM054</p>
7	Apoyar el desarrollo de la Inspección Oficial del INVIMA bajo un enfoque de riesgo en las plantas	<p><u>INSPECCIÓN ANTE - MORTEM:</u> Inspección de los animales vivos según normatividad</p>	<p>VC-INS-FM015 IVC-INS-FM027 IVC-INS- FM030 IVC-INS- FM029</p>

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

	<p>de beneficio animal a las que sea asignado, en lo que respecta a las actividades de inspección Ante-mortem y Post-Mortem y verificaciones de condiciones sanitarias y de manejo, en el almacenamiento de producto, despachos, transporte de la carne y productos cárnicos comestibles, verificación de rotulado, trazabilidad, operaciones sanitarias, cumplimiento de los procedimientos operativos estandarizados de saneamiento-POES, sistemas de aseguramiento de la inocuidad y sistemas complementarios de todos los requerimientos de la verificación del sellado de canales</p>	<p>aplicable acorde a la especie, verificando el cumplimiento de los requisitos sanitarios para la aprobación de su beneficio, así como la verificación de los documentos de soporte sanitario emitidos en producción primaria (guías de movilización y certificados sanitarios)</p> <p><u>INSPECCIÓN PRE-OPERATIVA:</u></p> <p>4. Verificación de las condiciones de Limpieza y Desinfección de las instalaciones, equipos, utensilios, previa autorización para el inicio del proceso de beneficio,</p> <p>5. Aplicación de BPM por parte del personal que participa activamente en el proceso (manipuladores directos).</p> <p>6. Variables: Potabilidad del agua, puntos de desinfección y funcionalidad de los filtros sanitarios</p> <p><u>INSPECCIÓN OPERATIVA:</u></p> <p>7. Aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) durante el desarrollo de las operaciones y manipulación del alimento por parte del personal que participa activamente en el proceso de beneficio.</p> <p>8. Verificación de cloro residual en agua potable, puntos de desinfección para utensilios, productos e indumentaria y filtros sanitarios funcionales.</p>	<p>IVC-INS-FM139 IVC-INS-FM040 IVC-VIG-FM004 IVC-INS-FM054</p> <p>BITACORA</p>
--	--	---	---

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

9. Verificación de la efectividad de los diferentes procesos (insensibilizado, sangría, escaldado, eviscerado, enfriamiento, empaque y despachos) que se llevan a cabo durante el faenado y su posterior transformación en un producto cárnico comestible, así como la verificación del cumplimiento de las variables estipuladas en cada etapa acorde a la normatividad aplicable según la especie.
10. Verificación de tolerancia cero y toma de acciones correctivas a lugar
11. Verificación de rotulado.
12. Verificación de la aplicación de POES operativos.

INSPECCIÓN POST-MORTEM:

Inspección del estado de las canales y los productos cárnicos comestibles (vísceras), así como la verificación y el registro diario del producto no conforme (Decomisos) en las Plantas de Beneficio.

Envío de consolidado de decomisos mensuales correspondientes a las Plantas de Beneficio, acorde a la programación mensual al E-mail:

imartinezo@invima.gov.co

gespinosag@invima.gov.co


INSPECCIÓN DE BIENESTAR ANIMAL:

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

		<p>Inspección semanal de las condiciones de bienestar animal y efectividad del proceso de insensibilizado y sangría en las diferentes fases acorde a la especie en las Plantas de Beneficio.</p> <p><u>REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS:</u></p> <p>Registro de actividades y novedades diarias evidenciadas durante la inspección preoperativa y operativa de las Plantas de Beneficio.</p>	
8	<p>Prestar apoyo en la implementación de los programas de control de microorganismos patógenos y de residuos y de contaminantes químicos, mediante la toma de muestras durante el desarrollo de las actividades de inspección de la planta de beneficio animal</p>	<p>Se realizan las actividades pertinentes de apoyo en la implementación de los programas de control de microorganismos patógenos y de residuos y de contaminantes químicos, mediante la toma de muestras durante el desarrollo de las actividades de inspección de la planta de beneficio animal cuando son requeridas.</p>	<p>Se realizó muestreo en la PBA – CHIPAQUE – el día 10 de septiembre de 2024 IVC-INS-FM081</p>
9	<p>Asistencia a jornadas de entrenamiento y mesas técnicas</p>	<p>Acorde a la programación y E-mail informativos se asiste a las jornadas de entrenamiento y mesas de trabajo programadas</p>	<p>No se realiza entrenamiento en el periodo del 24 de agosto a 23 de septiembre de 2024</p>
10	<p>Asistencias a Comités Primarios, socializaciones y jornadas de integración.</p>	<p>Participación presencial en comités primarios, socializaciones y/o reuniones programadas por la coordinación del Grupo de Trabajo Territorial Centro Oriente 2.</p>	<p>se realiza socialización el día 27 de agosto de 2024 (rotulado de alimentos)</p>

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

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 **AGOSTO** del año **2024**.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla 79736363	Planilla Expedida por (operador)
08	\$ 3.323.000	\$ 1.329.200	30	387.500	Certificado EPS	Certificado EPS

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 33.230.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 26.584.000
Saldo del contrato	\$ 6.646.000

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
8	X	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N° 8

Atentamente,

Firma
Nombres y apellidos: Cesar Javier Villamil Gutiérrez
Contratista
C.C. No. 79636269

Recibí a satisfacción:

Firma
Nombres y Apellidos: MARTIN E. BARRERA GARZON
Cargo: Coordinador del grupo de trabajo territorial centro oriente 2
Dependencia: Dirección de operaciones sanitarias
Supervisor(a) Contrato 332 de 2024