

	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	JENNY ANDREA GARCIA TORRES		NIT/ CC No.	1.052.383.563	
CORREO ELECTRÓNICO	jgarcia@invima.gov.co		TELÉFONO	3132421058	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		N/A		
No. CONTRATO	229 de 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	2025-12-18	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales especializados al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos para la verificación y estudio técnico requerido para el trámite de la obtención de autorizaciones de comercialización de alimentos y bebidas y solicitudes asociadas correspondientes a la Dirección de Alimentos y Bebidas.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-04	FECHA DE INICIO	2025-02-04	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-18
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 53.518.500,00	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 33.130.500,00	VALOR A PAGAR	\$ 5.097.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 28.033.500,00	VALOR PAGADO	\$ 25.485.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 5)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	04 de junio al 03 de julio del 2025
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	26296215201
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	N/A	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	87941901				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JUNIO	4/07/2025	\$ 254.900,00	SANITAS	
PENSIÓN	JUNIO	4/07/2025	\$ 326.300,00	PORVENIR	
ARL	JUNIO	4/07/2025	\$ 10.700,00	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: ☐					
☐ 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 MI PLANILLA 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 periodo 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	
		2025	7	7	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:			
Claudia Fernanda Calderon Ahumada Coordinadora Grupo de Autorizaciones de Comercialización de Alimentos y Bebidas / Dirección de Alimentos y Bebidas		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.					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052383563	JENNY ANDREA GARCIA TORRES		av boyaca 54 a 15 apto 401	1234567	jenny.andrea.garcia@hotmail.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
					EMPLÉADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I		87941901	TOTAL A PAGAR
					\$591.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	254.900	0		0		0	0	0	0	254.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	326.300	0	0	0	0	0	0		326.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.700				10.700	0	0	10.700			107	10.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	254.900	254.900
Pensión	1	326.300	326.300
Riesgos Laborales	1	10.700	10.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	591.900	591.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052383563	JENNY ANDREA GARCIA TORRES		av boyaca 54 a 15 apto 401	1234567	jenny.andrea.garcia@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I		87941901	\$591.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1052383563	GARCIA TORRES JENNY ANDREA	59	0			N		X																230301	2.038.800	326.300	0	0		0	0	EPS005	2.038.800	254.900	14-23	2.038.800	1	10.700		0	0	0	0	0	0	0	0

	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		229 de 2025		
CONTRATISTA:		JENNY ANDREA GARCIA TORRES	NIT / C.C No. :	1052383563
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios profesionales especializados al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos para la verificación y estudio técnico requerido para el trámite de la obtención de autorizaciones de comercialización de alimentos y bebidas y solicitudes asociadas correspondientes a la Dirección de Alimentos y Bebidas.		
VALOR DEL CONTRATO		\$ 53.518.500		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:		2025/02/04	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	2025/12/18
FECHA DE INICIO:		2025/02/04	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025/12/18
FECHA PERIODO DE PAGO.		DE: 2025/06/04	HASTA:	2025/07/03
PAGO NÚMERO:		PAGO 5	DEPENDENCIA:	Dirección de Alimentos y Bebidas
SUPERVISOR DEL CONTRATO:		Claudia Fernanda Calderón Ahumada Coordinadora Grupo de Autorización de Comercialización de Alimentos y Bebidas		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Estudiar en el ámbito técnico los documentos allegados por los usuarios en cuanto a las solicitudes de concesión, renovación, recursos y estudio del control posterior de los Registros, Permisos y/o Notificaciones sanitarias de alimentos y bebidas y sus trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.	Agotamiento: 5 Autorizaciones:1 Autorización sin RS: 1 Modificación de alimentos: 40 Registro sanitario: 99 Correcciones:29 Total: 176	Aplicativo de registros sanitarios
2	Asistir técnicamente en el estudio de las respuestas a las consultas internas, externas, órganos de control, derechos de peticiones, así como brindar información al área competente para la respuesta de acciones populares y tutelas, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes, que estén relacionados con el tema de autorización de comercialización de alimentos y bebidas.	Derechos de petición:9	Sesuite
3	Atender las citas virtuales solicitados por los usuarios a través de las plataformas tecnológicas dispuestas por el Instituto.	Citas virtuales Booking: 8	Booking
4	Realizar el estudio técnico en referencia a las correcciones, modificaciones, recursos, certificaciones, agotamientos y autorizaciones de los trámites, de acuerdo con las solicitudes de autorizaciones de comercialización de alimentos y bebidas, así como las solicitudes de bebidas alcohólicas y trámites asociados, conforme a la normativa sanitaria vigentes y sus procedimientos	Se realizó estudio de control posterior de las respectivas autorizaciones de comercialización	Aplicativo de registros Sanitarios
5	Proyectar los oficios y/o autos de requerimientos y actos administrativos correspondientes a las	Se elaboraron autos de los tramites estudiados,	

afe

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

	solicitudes de autorización de comercialización de alimentos y bebidas, así como los descritos en el Decreto 1686 de 2012 modificado por el Decreto 162 de 2021 el cual se establece la normatividad de bebidas alcohólicas.		Aplicativo de registros sanitarios
6	Apoyar en temas técnicos en las capacitaciones internas y externas respecto de los temas de autorización de comercialización de alimentos y bebidas y/o alcohólicas	No se programaron	
7	Realizar la consolidación en los aspectos técnicos la modificación y actualización de las bases de datos del sistema registro sanitario y control y demás archivos.	Se realizó estudio de renovación de registro, correcciones y modificaciones automáticas de alimentos	Aplicativo de registros sanitarios
8	Asistir a las reuniones que cite el supervisor del contrato y se encuentren relacionadas con el objeto contractual.	Invima Agil	Listado de asistencia

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 junio del año 2025.

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)
5	\$ 5.097.000	\$2.038.800	30	\$591.900	87941901	Mi planilla

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 53.518.500
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 25.485.000
Saldo del contrato	\$ 28.033.500

ce

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

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

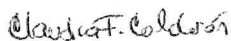
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
5	X	

Atentamente,



Jenny Andrea García Torres
Contratista
C.C. No. 1052383563

Recibí a satisfacción:



Claudia Fernanda Calderón Ahumada
Cargo: Coordinadora Grupo de Autorización de Comercialización de Alimentos y Bebidas
Dependencia: Dirección de Alimentos y bebidas
Supervisor(a) Contrato 229 de 2025.