




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	WILSON MORA CLARO		NIT/ CC No.	88278113-8	
CORREO ELECTRÓNICO	MORIBUCK@GMAIL.COM		TELÉFONO	3204866753	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	110 DE 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	11 Meses	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MÉDICO VETERINARIO O MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA PARA GARANTIZAR LA INOCUIDAD DE LA CARNE Y LOS DERIVADOS CÁRNICOS COMESTIBLES DESTINADOS PARA EL CONSUMO HUMANO QUE SON PROCESADOS DESDE LAS PLANTAS DE BENEFICIO ANIMAL DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL DECRETO 1500 DE 2007				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025 ENERO 23	FECHA DE INICIO	2025 ENERO 24	FECHA DE TERMINACIÓN	2025 DICIEMBRE 23
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 41,107,000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 41,107,000	VALOR A PAGAR	\$ 3,238,733
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 37,868,267	VALOR PAGADO	3,238,733	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	1
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	24 de Enero del 2025 al 19 Febrero del 2025
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorro	No DE CUENTA	68169023275
2. CESIÓN del contrato de Prestación de Servicios No. 110 de 2025, cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS DEL INVIMA, APOYANDO LA VERIFICACION DE DISPOSICIONES TECNICAS Y LEGALES ASOCIADAS A LA INOCUIDAD DE LA CARNE Y LOS DERIVADOS CARNICOS COMESTIBLES, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE", suscrito entre el INVIMA y mi persona. El motivo del desistimiento es por cambio de mi nuevo domicilio de residencia el cual será en Pailitas - Cesar muy distante al lugar de ejecución del contrato, por tal motivo se me imposibilita seguir cumpliendo con las obligaciones que emana el contrato de Prestación de Servicio suscrito con la entidad,					
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	Certificado de cumplimiento, informe de actividades, planilla, n.º, certificado de cuenta, declaración juramentada	
Pago Parafiscales	N/A	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	SI		
Carné	SI	Otros. Cuales?	SI		
Formato de Supervision, Informe de Actividades, Planilla pago de Salud y Pension.					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	9480504362-9481485049				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Enero	2025./02./07	178,000	Bancolombia	
PENSIÓN	Enero	2025./02./07	227,800	Bancolombia	
ARL	N/A	AAAA-MM-DD			
SALUD	Febrero	2025./02./07	186,900	Bancolombia	
PENSIÓN	Febrero	2025./02./07	239,200	Bancolombia	
ARL	N/A	AAAA-MM-DD			
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 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 Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:		AAAA 2025	MM 4	DD 23	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
MARTIN E. BARRERA.G Coordinador GTT CO2		Consecutivo:			

	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
Dirección de Operaciones Sanitarias Gtt CO2				
<p>NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.</p> <p>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.</p>				

	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	<i>No. de contrato y año)</i> 110 de 2025		
CONTRATISTA:	WILSON MORA CLARO	NIT / C.C No. :	88278113-8
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MÉDICO VETERINARIO O MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA PARA GARANTIZAR LA INOCUIDAD DE LA CARNE Y LOS DERIVADOS CÁRNICOS COMESTIBLES DESTINADOS PARA EL CONSUMO HUMANO QUE SON PROCESADOS DESDE LAS PLANTAS DE BENEFICIO ANIMAL DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL DECRETO 1500 DE 2007		
VALOR DEL CONTRATO	\$41.107.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025 ENERO 23	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	330
FECHA DE INICIO:	ENERO 23 de 2025	FECHA DE TERMINACIÓN:	DICIEMBRE 23 de 2025
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: ENERO 24 de 2025	HASTA:	FEBRERO 18 de 2025
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS - GTTCO2
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MARTIN E. BARRERA GARZON		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	<p>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</p>	<p>Verificación y consolidación de hallazgos en programas sanitarios y complementarios Planta de Beneficio Animal del Municipio de El Colegio.</p> <p>Programa de agua potable, observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p> <p>Programa de residuos sólidos y liquido observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p> <p>Programa de control integrado de plagas observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p> <p>Programa de operaciones sanitarias observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p> <p>Revisión de Programas Operativos sanitarios Estandarizados observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p>	<p>Elaboración de Actas diligencia de IVC código INS-FM-054 las cuales se archivan en la planta de beneficio y archivo del GTTCO2.</p>

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


		<p>Programa de capacitación observaciones y requerimientos frente al programa PBA El colegio</p> <p>Revisión de programas complementarios: Trazabilidad Proveedores Mantenimiento de equipos e instalaciones Procedimiento de Calibración de equipos.</p>	
2	El contratista deberá presentarse con los elementos necesarios de protección, los cuales serán adquiridos por sus medios, para desempeñar las actividades a realizar.	Presentación en establecimiento con dotación para PBA, overol caqui, botas amarillas de caña alta, guantes, peto, cofias, tapabocas, casco,	Elementos para ingreso a PBA
3	Apoyar el componente técnico en la inspección oficial del INVIMA, mediante el diligenciamiento de los formatos acordes a lo establecido en los manuales, protocolos, guías y lineamientos del Sistema de Verificación Oficial aplicables en plantas de beneficio animal.	Revisión del Procedimiento de inspección ante y pos mortem en PBA	Elaboración de Actas diligencia de IVC código INS-FM-054 las cuales se archivan en la planta de beneficio y archivo del GTTCO2.
5	Prestar apoyo en la implementación de los programas de control de microorganismos patógenos y de residuos y contaminantes químicos, mediante la toma de muestras durante el desarrollo de las actividades de inspección a las plantas de beneficio animal.	Revisión del plan de muestreo de la PBA y cronograma de ejecución planteado por la PBA	Elaboración de Actas diligencia de IVC código INS-FM-054 las cuales se archivan en la planta de beneficio y archivo del GTTCO2.
8	Apoyar el proceso de inspección ante-mortem y post-mortem, verificación de instalaciones, equipos y utensilios, para asegurar una óptima situación sanitaria en las actividades relacionadas con el beneficio de animales, registrando los hallazgos en los respectivos formatos.	Revisión de los procedimientos de la PBA de inspección ante y pos mortem en PBA	Elaboración de Actas diligencia de IVC código INS-FM-054 las cuales se archivan en la planta de beneficio y archivo del GTTCO2.

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		FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS
------	--	---------------------------

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

	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	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 enero y febrero del año 2025

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondient e EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	3.323.000		30	405.800	9480504362	Aportes en Línea
2	3,737.000		30	426.100	9481485049	

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	41.107.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	3.238.716
Saldo del contrato	37.868.284

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
	XX	

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

Atentamente,

Firma
Wilson mora claro
Contratista
C.C. 88.278.113 Ocaña

Recibí a satisfacción:

Firma
MARTIN E. BARRERA.GARZON
Coordinador GTT CO2
DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS
Supervisor Contrato 110 de 2025

Certificado Bancario

Viernes, 20 de diciembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILSON MORA CLARO identificado(a) con CC 88278113, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	68169023275	2011/04/26	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

**DECLARACIÓN DE PURIFICACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE
RETENCIÓN A TÍTULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES**

Bogotá D.C.

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

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: WILSON MORA CLARO

Identificación: CC. 88.278.113 año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI () NO ()

* \$199.196.000 con UVT (\$49.799) año 2025 SI () NO ()

1. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

1.1. Declaro que: SI () NO () tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

1.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
	INVIMA				
				-	-

2. Soy pensionado SI () NO (), según resolución No._____.

3. Aportes voluntarios a pensión SI () NO (): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

4. Aporte cuenta AFC SI () NO (): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI () NO ();

Favor indicar la tarifa ()%

Si en numeral 6 marco **SI** dirijase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2024, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2024, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2025. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2024

6. Para efectos de lo previsto en el párrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

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 (\$1,593.568) por concepto de dependientes.

7. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 7.1. Pagos adicional por salud SI () NO (**X**) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.
- 7.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI () NO (**X**) anexo certificación.
- 7.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 7.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI () NO ()
8. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de **Bogotá** a los **21** días del mes de ABRIL del **2025**.



Firma: _____

Nombres y Apellidos: WILSON MORA CLARO

C.C. 88.278.113