


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	CINDY PARTICIA TIRADO GARCIA		NIT/ CC No.	1.064.987.261	
CORREO ELECTRÓNICO	ctiradog@invima.gov.co		TELÉFONO	3004709027	
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	(No. 087 DE 2026)		TERMINO DE EJECUCIÓN	11 (meses) y 6 (días)	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE AUTORIZACIONES DE COMERCIALIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN LA GESTIÓN, ANÁLISIS Y VERIFICACIÓN DOCUMENTAL DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA EXPEDICIÓN DE REGISTROS, NOTIFICACIONES SANITARIAS Y/O PERMISOS SANITARIOS, Y TRÁMITES ASOCIADOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, INCLUIDAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS, OBJETO DE VIGILANCIA DEL INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-15	FECHA DE INICIO	2026-01-16	FECHA DE TERMINACIÓN	2026-12-21
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 61.846.400,00	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 61.846.400,00	VALOR A PAGAR	\$ 5.522.000,00
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 56.324.400,00	VALOR PAGADO	\$ 5.522.000,00	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	(16 de enero al 15 de febrero del 2026)
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	((09198407060))
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)					
N/A					
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 APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	51359406				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026 ENERO	2026-02-16	\$ 219.400	SALUD TOTAL	
PENSIÓN	2026 ENERO	2026-02-16	\$ 280.800	PROTECCION	
ARL	2026 ENERO	2026-02-16	\$ 9.300	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
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
			2026	2	17
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
 Claudia Fernanda Calderon Ahumada Coordinadora Grupo de Autorizaciones de Comercialización de Alimentos y Bebidas / Dirección de Alimentos y Bebidas			Nombre		
			Fecha de revisado:		
			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	1064987261	CINDY PATRICIA TIRADO GARCIA		Tv. 70d Bis A #68-75 Sur, Bogotá	3004709027	cindyptg@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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51359406	\$544.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	3	500	0	219.400	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	280.200	0	0	0	0	3	600	0	280.800	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	9.200				9.200	3	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	3	100	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	218.900	219.400
Pensión	1	280.200	280.800
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	35.100	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	544.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1064987261	CINDY PATRICIA TIRADO GARCIA		Tv. 70d Bis A #68-75 Sur, Bogotá	3004709027	cindyptg@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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51359406	\$544.700		

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	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ASAP	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	1064987261	TIRADO GARCIA CINDY PATRICIA	59	0			N																		230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141228613921



(415)7707212489984(8020) 000014122861392 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 1 3 26. Número de Identificación

Lugar de expedición 28. País 29. Departamento 2 3 30. Ciudad/Municipio 1 6 2

31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País 1 6 9 39. Departamento 1 1 40. Ciudad/Municipio 0 0 1

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

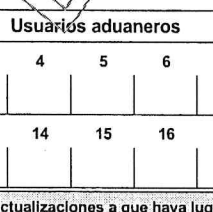
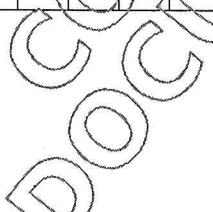
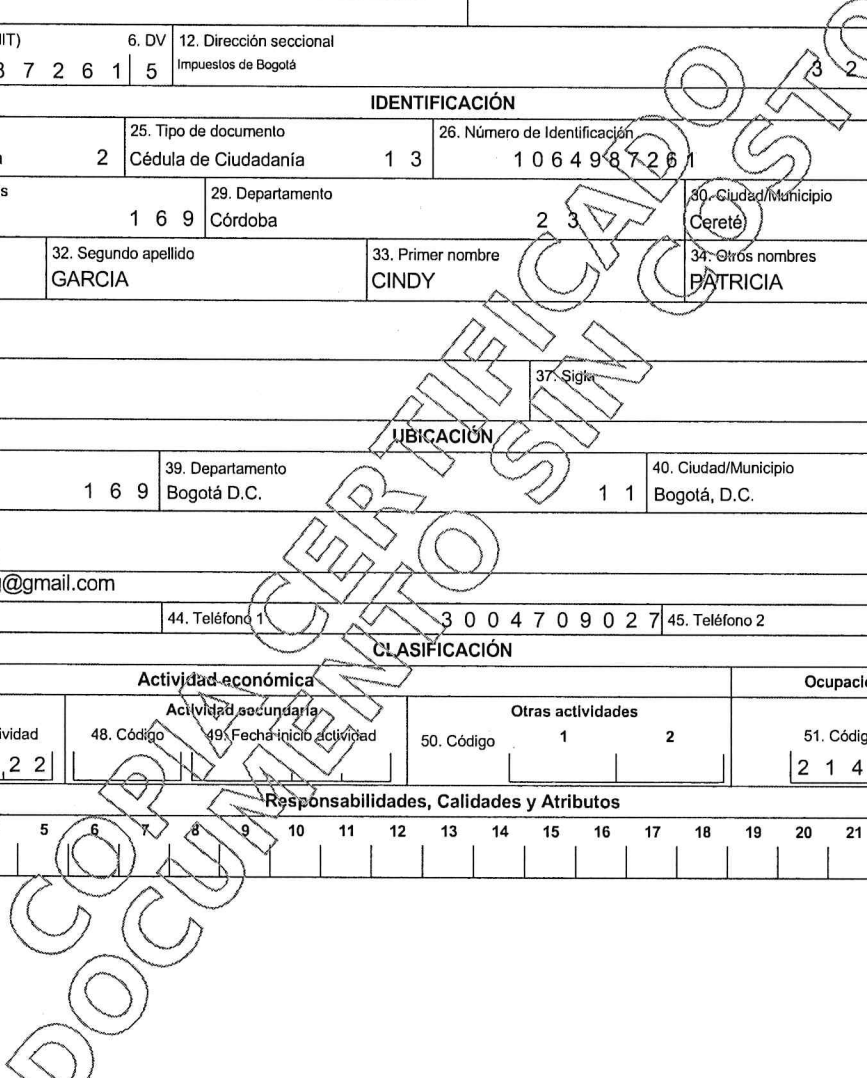
43. Código postal 44. Teléfono 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
<input type="text" value="7490"/>	<input type="text" value="20230322"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
				<input type="text" value="2146"/>	<input type="text" value="52. Número establecimientos"/>

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	57. Modo				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	58. CPC				

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TIRADO GARCIA CINDY PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES AÑO 2026**

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: Cindy Patricia Tirado Garcia

Identificación: 1.064.987.261

1. En el 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.

* \$199.196.000 con UVT (\$49,799) año 2025 SI () NO ()

* \$209.496.000 con UVT (\$52.374) año 2026 SI () NO ()

2. 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

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

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

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1	Secretaria de desarrollo económico	16/01/2026	31/12/2026	103.500.000	9.000.000

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

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

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

6. 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** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 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 (\$1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicionales 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.
- 8.2. 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.
- 8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el () % para la deducción.
- 8.2.2. 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 (X)
9. 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 D.C. a los 16 días del mes de febrero del 2026.



Firma:
 Nombres y Apellidos: Cindy Patricia Tirado Garcia
 C.C. 1.064.987.261

	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	No. 087 DE 2026		
CONTRATISTA:	Cindy Patricia Tirado Garcia	NIT / C.C No. :	1.064.987.261
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales especializados al Grupo de Autorizaciones de Comercialización de la Dirección de Alimentos y Bebidas en la gestión, análisis y verificación documental de requerimientos técnicos para la expedición de registros, notificaciones sanitarias y/o permisos sanitarios, y trámites asociados de alimentos y bebidas, incluidas bebidas alcohólicas, objeto de vigilancia del Invima.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 61.846.400		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	15/01/2026	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	11 meses y 6 días
FECHA DE INICIO:	16/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN:	20/12/2026
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-01-16	HASTA:	2026-02-15
PAGO NÚMERO:	Pago 1	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Claudia Fernanda Calderón Ahumada Coordinadora del Grupo de autorizaciones de comercialización		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES																																			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS																																
1	Verificar la documentación aportada y gestionar las solicitudes técnicas referente a la concesión, renovación, estudios de recursos y revisión posterior en el marco de la normatividad sanitaria vigente de alimentos y bebidas y los procedimientos vigentes, para los Registros, Permisos y/o Notificaciones sanitarias de alimentos y bebidas y sus trámites relacionados, en los aplicativos de registros sanitarios dispuestos por la entidad, que sean asignados por el supervisor del contrato.	<table border="1"> <tr> <td>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</td> <td>Cindy Patricia Tirado Garcia</td> </tr> <tr> <td>Etiquetas de fila</td> <td>Conteo de RADICADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Alimentos</td> </tr> <tr> <td>Certificación con R.S.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Certificación sin R.S.</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Modificación de alimentos</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Notificación sanitaria con EXPEDI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Notificación sanitaria Nueva</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Registro sanitario</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Licores</td> </tr> <tr> <td>Modificación</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Registro de microempresarios</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Registro sanitario nuevo</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Renovación</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Corrección</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Total: 172</td> </tr> </table>	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado Garcia	Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO	Alimentos		Certificación con R.S.	3	Certificación sin R.S.	8	Modificación de alimentos	60	Notificación sanitaria con EXPEDI	1	Notificación sanitaria Nueva	6	Registro sanitario	11	Licores		Modificación	20	Registro de microempresarios	4	Registro sanitario nuevo	31	Renovación	9	Corrección	19	Total: 172		Evidencias en el aplicativo de registro sanitarios y conteo de productividad
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado Garcia																																		
Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO																																		
Alimentos																																			
Certificación con R.S.	3																																		
Certificación sin R.S.	8																																		
Modificación de alimentos	60																																		
Notificación sanitaria con EXPEDI	1																																		
Notificación sanitaria Nueva	6																																		
Registro sanitario	11																																		
Licores																																			
Modificación	20																																		
Registro de microempresarios	4																																		
Registro sanitario nuevo	31																																		
Renovación	9																																		
Corrección	19																																		
Total: 172																																			
2	Analizar técnicamente la documentación en los aplicativos de registros sanitarios dispuestos por la entidad, respecto de las solicitudes de registros sanitarios de bebidas alcohólicas incluido el viche, realizando los estudios previos y documentos	<table border="1"> <tr> <td>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</td> <td>Cindy Patricia Tirado Garcia</td> </tr> <tr> <td>Etiquetas de fila</td> <td>Conteo de RADICADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Alimentos</td> </tr> <tr> <td>Certificación con R.S.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Certificación sin R.S.</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Modificación de alimentos</td> <td>60</td> </tr> </table>	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado Garcia	Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO	Alimentos		Certificación con R.S.	3	Certificación sin R.S.	8	Modificación de alimentos	60	Evidencias en el aplicativo de registro sanitarios y conteo de productividad																				
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado Garcia																																		
Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO																																		
Alimentos																																			
Certificación con R.S.	3																																		
Certificación sin R.S.	8																																		
Modificación de alimentos	60																																		



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL


FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01

		Renovación	9	
		Corrección	19	
		Total: 172		
3	Analizar técnicamente la documentación en los aplicativos de registros sanitarios dispuestos por la entidad, respecto de las solicitudes de nuevos, renovaciones y modificaciones de registros sanitarios de alimentos y bebidas no alcohólicas, asegurando que cumplan con la normatividad sanitaria conforme los procedimientos vigentes.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado García	Evidencias en el aplicativo de registro sanitarios y conteo de productividad
		Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO	
		Alimentos		
		Certificación con R.S.	3	
		Certificación sin R.S.	8	
		Modificación de alimentos	60	
		Notificación sanitaria con EXPEDI	1	
		Notificación sanitaria Nueva	6	
		Registro sanitario	11	
		Licores		
		Modificación	20	
		Registro de microempresarios	4	
		Registro sanitario nuevo	31	
		Renovación	9	
		Corrección	19	
		Total: 172		
4	Proyectar los requerimientos a los usuarios de los documentos para el cumplimiento de la normatividad técnica sanitaria para la expedición de los registros de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado García	Evidencias en el aplicativo de registro sanitarios y conteo de productividad
		Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO	
		Alimentos		
		Certificación con R.S.	3	
		Certificación sin R.S.	8	
		Modificación de alimentos	60	
		Notificación sanitaria con EXPEDI	1	
		Notificación sanitaria Nueva	6	
		Registro sanitario	11	
		Licores		
		Modificación	20	
		Registro de microempresarios	4	
		Registro sanitario nuevo	31	
		Renovación	9	
		Corrección	19	
		Total: 172		
5	Proyectar, según los resultados de los análisis técnicos, los fundamentos técnicos que soportan los actos administrativos relacionados con los tramites de autorización de comercialización de alimentos y bebidas y registro sanitario para la concesión de las bebidas alcohólicas y no alcohólicas.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Cindy Patricia Tirado García	Evidencias en el aplicativo de registro sanitarios y conteo de productividad
		Etiquetas de fila	Conteo de RADICADO	
		Alimentos		
		Certificación con R.S.	3	
		Certificación sin R.S.	8	
		Modificación de alimentos	60	
		Notificación sanitaria con EXPEDI	1	
		Notificación sanitaria Nueva	6	
		Registro sanitario	11	
		Licores		
		Modificación	20	
		Registro de microempresarios	4	
		Registro sanitario nuevo	31	
		Renovación	9	
		Corrección	19	
		Total: 172		

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

10	Participar activamente en las reuniones presenciales o virtuales, según convocatoria realizada por la supervisión, donde se abarquen temas técnicos y se encuentren relacionadas con la prestación del objeto contractual.	Reunión de sales de rehidratación oral 22 de enero de 2026	Reunión presencial en oficinas INVIMA
-----------	--	--	---------------------------------------

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 ENERO del año 2026.

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)
1	\$5.522.000	\$1.750.905	30	\$509.500	51359406	Compensar

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 61.846.400
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 5.522.000
Saldo del contrato	\$ 56.324.400

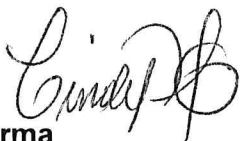
CFE

	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

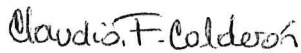
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	

Atentamente,



Firma
Cindy Patricia Tirado Garcia
Contratista
C.C. No. 1.064.987.261

Recibí a satisfacción:



Firma
Claudia Fernanda Calderón Ahumada
Coordinador del Grupo de Autorizaciones de comercialización de Alimentos y Bebidas
DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
Supervisor(a) Contrato 087 de 2026

