	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN		
	Código: GCON-FOR15	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026-06-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**SARA MARCELA FORERO MEDINA**	**NIT/ CC No.**	1.000.619.314
CORREO ELECTRÓNICO	sforerom@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3213939828
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		
No. CONTRATO	**082 de 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**349 días**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO TECNICO DE LA DIRECCION DE COSMETICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS FABRICANTES DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, ASEO E HIGIENE DOMÉSTICA, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A ESTAS CON FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE RIGE LA MATERIA.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-15**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-16**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-12-31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 40.562.733**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 15.943.733**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.517.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 12.426.733**	**VALOR PAGADO**	**28.136.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 8)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**OCHO (8)**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(16 de agosto al 15 de septiembre del 2026)**
BANCO	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**91271217043**

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**	NO	
Pago Parafiscales	NO	**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**94463873**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2026-08**	**2026-08-31**	**218900**	**SANITAS EPS**
PENSIÓN	**2026-08**	**2026-08-31**	**280200**	**COLPENSIONES**
ARL	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

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 GCON-MAN1 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GCON-MAN2.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2026	9	17

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal
Martha M. Martinez P.	**Nombre**
	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 GCON-MAN1 .

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000619314	SARA MARCELA FORERO MEDINA	calle 19 sur #12d-28	9291703	saraaforero23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94463873	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
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	499.100	499.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000619314	SARA MARCELA FORERO MEDINA	calle 19 sur #12d-28	9291703	saraaforero23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94463873	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000619314	FORERO MEDINA SARA MARCELA	3	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	GESTIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GCON-FOR7	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	082 DEL 2026			
CONTRATISTA:	Sara Marcela Forero Medina		**NIT / C.C No. :**	**1.000.619.314**
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL GRUPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE CERTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS FABRICANTES DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, ASEO E HIGIENE DOMÉSTICA, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO A ESTAS CON FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE RIGE LA MATERIA.			
VALOR DEL CONTRATO	Cuarenta millones quinientos sesenta y dos mil setecientos treinta y tres pesos M/CTE ($40.562.733)			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-15**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**349 días**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-16**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-12-31**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2026-08-16**	**HASTA:**	**2026-09-15**
PAGO NÚMERO:	**Pago (8)**		**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	Hacer acompañamiento al grupo técnico en las visitas que se deban realizar a fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos de cosméticos, aseo e higiene doméstica, conforme el agendamiento, en cumplimiento del cronograma mensual establecido para tal fin.	Se realizaron 2 visitas de CERTIFICACIÓN a la certificación de producción a nivel nacional a los siguientes establecimientos: 1. LABORATORIOS MEDICK S.A.S 2. AGROQUIMICOS ARROCEROS DE COLOMBIA AGROZ SA	**OFICIO COMISORIO** 1. ID 67752 2. 6100-AC-458-2026
2	Proyectar los conceptos técnicos en la ejecución de visitas de certificación (capacidades de producción, BPMC, NTF), solicitadas por los establecimientos	Se realizaron 2 visitas de CERTIFICACIÓN a la certificación de producción a nivel nacional a los siguientes establecimientos: 1. LABORATORIOS MEDICK S.A.S	**OFICIO COMISORIO** 1. ID 67752 2. 6100-AC-458-2026

	fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes.	2. AGROQUIMICOS ARROCEROS DE COLOMBIA AGROZ SA	
3	Proyectar los conceptos técnicos que contengan el resultado de las visitas de seguimiento a la certificación de capacidades de producción, BPMC, NTF, de establecimientos fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, de acuerdo con la normatividad y procedimientos vigentes.	Se realizaron 9 visitas de seguimiento a la certificación de capacidad de producción de los siguientes establecimientos: 1. ORGANIKO LTDA 2. TRUBELL SAS 3. OPTION S A 4. BIIOSMART LABORATORIO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE PROPIEDAD BIIOSMART S.A.S.	**OFICIO COMISORIO** 1. 6100-AC-414-2026 2. 6100-AC-416-2026 3. 6100-AC-448-2026 4. 6100-AC-451-2026
4	Revisar técnicamente el cumplimiento de requisitos según los documentos aportados para la visita de la certificación de los establecimientos fabricantes, envasadores y/o acondicionadores de productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Domestica, y cuando sea el caso proyectar los requerimientos para sanear las solicitudes, si a ello hubiere lugar.	Se realizaron 2 visitas de CERTIFICACIÓN a la certificación de producción a nivel nacional a los siguientes establecimientos: 1. LABORATORIOS MEDICK S.A.S 2. AGROQUIMICOS ARROCEROS DE COLOMBIA AGROZ SA	**OFICIO COMISORIO** 1. ID 67752 2. 6100-AC-458-2026
5	Alimentar y mantener actualizada las bases de datos y demás herramientas dispuestas por la entidad donde se	**BASE DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS 2026** **FUID 2026**	**BASE DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS 2026** **FUID 2026**

	lleve el control de la información y resultados de las actividades adelantas por el grupo técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica.	**BASE CORRESPONDENCIAS DT 2026**	**BASE CORRESPONDENCIAS DT 2026**
6	Analizar y proyectar oportunamente las respuestas a consultas, denuncias y peticiones presentadas por los diferentes grupos de valor, entes de control, autoridades administrativas y judiciales, entre otros, según requerimiento de la supervisión y que se relacionen con el objeto del contrato.	<table><tr><th>Radicado entrante</th><th>Radicado Saliente</th></tr><tr><td>20261266766</td><td>20262036414</td></tr><tr><td>20261297331</td><td>20262040782</td></tr></table>	**SE SUITE**
7	Apoyar desde su experticia técnica en la orientación y atención al ciudadano en los temas relacionados con el objeto contractual conforme a la asignación del supervisor del contrato.	Se atendieron 2 orientaciones al ciudadano en este periodo: 1. Viernes 28/08/2026 - Citas Grupo Técnico - Wendy Castro Gutierrez 2. Viernes 28/08/2026 Citas Grupo Técnico - Francisca Ugalde	Microsoft Teams
8	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	Reuniones asistidas: • **Comité Primario** 28 de agosto 2026 2:00 PM a 3:00 PM • **SOLICITUD INFORMACION A 31 DE JULIO 2026** 31 de agosto de 2026 9:00 AM a 12:00 PM	CARPETA BASES 2025

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.	6100-082-26 No. 345926	ANTIOQUIA/ RIONEGRO	2026-08-18	2026-08-20
2.	6100-095-26	ESPINAL / TOLIMA	2026-09-07	2026-09-09

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 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)
PAGO (8)	3.517.000	$1.750.905	30	$499.100	94463873	MI PLANILLA

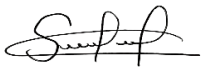
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$40.562.733
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$28.136.000
Saldo del contrato	$12.426.733

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

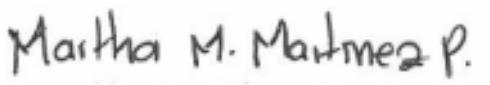
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
PAGO (1)	X	
PAGO (2)	X	
PAGO (3)	X	
PAGO (4)	X	
PAGO (5)	X	
PAGO (6)	X	
PAGO (7)	X	
PAGO (8)	X	

Atentamente,



Firma
Sara Marcela Forero Medina
Contratista
C.C. No. 1.000619314

Recibí a satisfacción:



Firma
MARTHA MILENA MARTINEZ PEÑA
Coordinadora del Grupo Técnico de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica.
Supervisora Contrato 082 de 2026