	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
Invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**	
	Código: GAD-ABS-FM009 Versión: 03	Fecha de emisión: 03/07/2020

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**HECTOR ARTURO ZULETA GARCIA**		**NIT/ CC No.**	73196216	
CORREO ELECTRÓNICO	HZULETAG@INVIMA.GOV.CO		**TELÉFONO**	3157365696	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	**671 DE 2021**		**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**17/12/2021**	
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR TECNICAMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DESARROLLANDO ACCIONES TECNICAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE POSCOMERCIALIZACION DEACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES**				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**16/09/2021**	**FECHA DE INCIO**	**16/09/2021**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**(17/12/21)**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 16.030.914**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 348.498**	**VALOR A PAGAR**	**$ 348.498**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 15.682.416**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 4**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**N/A**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(16 de diciembre al 17 de Diciembre del 2021)**
BANCO	**colpatria**	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	**9352000637**

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**		
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**		

Indique las observaciones respectivas

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

NÚMERO DE PLANILLA		**9428074627 Y 21818794**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**NOVIEMBRE**	**6-dic-21**	**$ 290.000**	**SANITAS**
PENSIÓN	**NOVIEMBRE**	**6-dic-21**	**$ 371.200**	**PROTECCION**
ARL	**NOVIEMBRE**	**17 NOVIEMBRE DE 2021**		**ARL POSITIVA VALOR PAGADO POR INVIMA RIESGO 5**

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 EJECUCION CONTRACTUAL

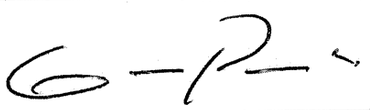
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales 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 GAD-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**DD**	**MM**	**AA**
	15	12	2021



GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO

DIRECTOR DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS.

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
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-ABS-MN002.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-ABS-FM027	Versión: 01	Fecha de emisión: 10/06/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	(No. 671-2021)			
CONTRATISTA:	**HECTOR ZULETA GARCIA**		**NIT / C.C No. :**	*73196216*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR TECNICAMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DESARROLLANDO ACCIONES TECNICAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE POSCOMERCIALIZACION DEACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES			
VALOR DEL CONTRATO	$ 16.030.914			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	16-09-2021		**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	17-12-2021
FECHA DE INICIO:	16-09-2021		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	17-12-2021
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	16-12-2021	**HASTA:**	17-12-2021
PAGO NÚMERO:	**4**		**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GUILLERMO JOSE PEREZ BLANCO			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Analizar la documentación e información relacionada con la gestión de eventos adversos, alertas sanitarias nacionales e internacionales, emisión de señales e información de seguridad de Farmacovigilancia de medicamentos, productos fitoterapéuticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines conforme a lo asignado por el supervisor del contrato	Se realizó la verificación y se dio visto bueno a las alertas sanitarias	ALERTA SANITARIA ULTRADOLOR ADVANCE DNP 350 mg (2,4-DINITROPHENOL) CAPSULES SUPLEMENTO DIETARIO
2	Proyectar las comunicaciones pertinentes asociadas a la elaboración y emisión de alertas sanitarias e informes de seguridad relacionadas con los productos objeto de control por parte de la dirección,	Se realizó las comunicaciones previas y referentes a las alertas sanitarias	ALERTA SANITARIA ULTRADOLOR ADVANCE DNP 350 mg (2,4-DINITROPHENOL) CAPSULES SUPLEMENTO DIETARIO

3	Apoyar la búsqueda de Apoyar la búsqueda de información de los diferentes procesos de 3farmacovigilancia requeridos y la generación de los reportes que correspondan.	Se apoyó la investigación y antecedentes de las alertas sanitarias	ALERTA SANITARIA ULTRADOLOR ADVANCE DNP 350 mg (2,4-DINITROPHENOL) CAPSULES SUPLEMENTO DIETARIO
4	Asistir a las diferentes reuniones internas o externas que le indique el supervisor del contrato, conforme a las actividades asignadas	Asistí a las reunión previstas para el desarrollo de las alertas sanitarias	ALERTA SANITARIA ULTRADOLOR ADVANCE DNP 350 mg (2,4-DINITROPHENOL) CAPSULES SUPLEMENTO DIETARIO

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 Noviembre 2021.

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)
4	348.498	2.320.000	30	$673.400	9428074627	Aportes en línea.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 16.030.914
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el	$ 16.030.914

periodo actual).	
Saldo del contrato	$ 0

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
4	X	

Atentamente,

Firma
Hector Arturo Zuleta garcia
Contratista
C.C. No. 73.196.216

Recibí a satisfacción:

Firma
GUILLERMO JOSE PEREZ
Director Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisor(a) Contrato 671 de 2021

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN		
	Código: GAD-ABS-FM30	Versión: 01	Fecha de emisión: 01/07/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	671 DE 2021		
CONTRATISTA:	HECTOR ZULETA G	NIT / CC No.:	*73196216*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR TECNICAMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DESARROLLANDO ACCIONES TECNICAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE POSCOMERCIALIZACION DEACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES		
VALOR DEL CONTRATO	$ 16.030.914		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	16/09/2021	PLAZO DE EJECUCIÓN:	17/12/2021
FECHA DE INICIO:	16/09/2021	FECHA DE TERMINACIÓN:	17/12/2021
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	GUILLERMO PEREZ	DEPENDENCIA:	DIRECTOR MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICO.

2. SUSPENSIONES			
ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN

3. PRÓRROGAS			
ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN

4. ADICIONES			
ACTA	FECHA	VALOR	JUSTIFICACIÓN

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA		No. de póliza	

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA

6. SANCIONES

SI_____ NO___x_____

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____ NO_____

8. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.030.914
ADICIONES	$ 0
MODIFICACIONES	
SUBTOTAL	$ 16.030.914
VALOR EJECUTADO	$ 16.030.914
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	$ 0

9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
1	Analizar la documentación e información relacionada con la gestión de eventos adversos, alertas sanitarias nacionales e internacionales, emisión de señales e información de seguridad de Farmacovigilancia de medicamentos, productos fitoterapéuticos, suplementos dietarios, productos biológicos y demás afines conforme a lo asignado por el supervisor del contrato	Se verificaron las diferentes alertas sanitarias correspondientes al periodo ejecutado, donde se verifico, investigo y se dio visto bueno para su proyección y posterior publicación.
2	Proyectar las comunicaciones pertinentes asociadas a la elaboración y emisión de alertas sanitarias e informes de seguridad relacionadas con los productos objeto de control por parte de la dirección,	Se realizaron las todas la comunicaciones previas en cada uno de las alertas sanitarias, elaborando en conjunto todas las emisiones correspondientes en informes de seguridad respectivas.
3	Apoyar la búsqueda de información de los diferentes procesos de farmacovigilancia requeridos y la	Se apoyó la búsqueda de información, antecedentes y todo lo necesario para la emisión efectiva de las alertas sanitarias.

	generación de los reportes que correspondan.	

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE____ BUENO _____ REGULAR ____ MALO _____

12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES

Se relacionan todos las certificaciones de cumplimento para pago e informe de supervisión GAD-ABS-FM009, Informe de actividades del contratista GAD-ABS-FM027, soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	x	
2	x	
3	x	
4	x	

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá a los 15 diciembre de 2021

Firma
GUILLERMO PEREZ BLANCO
Director técnico de medicamentos y productos Biologicos
Dependencia
Supervisor(a) Contrato 671 **de 2021**

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
invima	**FORMATO TERMINACIÓN DE CONTRATO**		
	Código: GAD-ABS-FM31	Versión: 01	Fecha de emisión: 01/07/2020

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	*671 de 2021*		
CONTRATISTA:	HECTOR ZULETA G	**NIT / C.C No.**	*73196216*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR TECNICAMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DESARROLLANDO ACCIONES TECNICAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE POSCOMERCIALIZACION DEACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES		
VALOR DEL CONTRATO	$ 16.030.914		
NÚMERO, FECHA Y VALOR DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	N° 255521 - Valor 16.030.914 - Fecha 16/09/2021		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**16/09/2021**	**PLAZO DE EJECUCIÓN**	**92 DIAS**
FECHA DE INICIO:	**16/09/2021**	**FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA:**	**17/12/2021**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**GUILLERMO JOSE PEREZ B.**	**DEPENDENCIA:**	Dirección de medicamentos y productos biológicos

2. SUSPENSIONES		
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**

3. PRÓRROGAS		
NÚMERO	**FECHA**	**PLAZO**

4. ADICIONES		
NÚMERO	**FECHA**	**VALOR**

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA		**No. de póliza**	

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA

6. SANCIONES

SI_____ NO___X_____

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI____X_____ NO_____

En la ciudad BOGOTA las partes abajo firmantes dejan constancia de la terminación del contrato indicado inicialmente, de acuerdo al plazo de ejecución pactado en el mismo, esto es: (17 DE DICIEMBRE 2021 DEL CONTRATO 671 DE 2021 y se comprometen posteriormente a realizar su liquidación en los términos previstos en el contrato o en la Ley, según aplique.

Para constancia de lo anterior, se firma a los 15 días del mes de DICIEMBRE de 2021

GUILLERMO PEREZ BLANCO
Nombre y firma
Cargo: Director técnico de medicamentos y productos Biologicos
C.C. N° 72'229.773 de Barranquilla
Supervisor del Contrato

HECTOR ZULETA G
Nombre y firma
C.C. N° 73196216 de CARTAGENA
Contratista

Proyectó:

Reviso: (Nombre y apellido Grupo de Gestión Contractual)

Aprobó: (Nombre y apellido Coordinador(a) Grupo de Gestión Contractual)

invima	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS
	EVALUACION DE PROVEEDORES	
	Código: GAD-ABS-FM023	Versión: 01	Fecha de Emisión: 26/05/2020

NOMBRE DEL PROVEEDOR	HECTOR ARTURO ZULETA GARCIA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**D**	**M**	**A**
NIT O C.C. No.	73196216	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	671 DE 2021--- FECHA SUSCRIPCION 16/09/2021				
FECHA ACTA DE INICIO	16/09/2021				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	HZULETAG@INVIMA.GOV.CO				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	CALLE 98 # 42 G 105 TORRE 1 APTO 1003 ----- 3157365696				
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALIZADO AL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS V ALIMENTOS - INVIMA PARA APOYAR TECNICAMENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DESARROLLANDO ACCIONES TECNICAS ASOCIADAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE POSCOMERCIALIZACION DEACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
	NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**
	0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**
	1	**Cumple minimamente**	**4**	**Supera las expectativas**

		CALIF 0-4
CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}\ (\ 24\ )}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}\ (\ 24\ )} \times 100 = \boxed{100}$

EXCELENTE	**91 - 100**
BUENO	**71 - 90**
REGULAR	**50 - 70**
MALO	**0 - 49**

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	**EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato:

Observaciones:

FIRMA

GUILLERMO PEREZ BLANCO
Director técnico de medicamentos y productos Biologicos

Nota N° 1: Si el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía si el supervisor lo estima conveniente.

Nota N° 2: Si son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.

Nota N° 3: Si son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.