aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 72347546		ALTAMAR HERNANDEZ CESAR ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cesaraltamarhernandez@hotmail.com	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002564801

Clave: 9459146778

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2023/12/13	0	$0	$652,600

Periodo Pensión: 2023-11 **Periodo Salud: 2023-11**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$353,400
PROTECCION		1	$353,400
ARL	1	1	$23,100
LA EQUIDAD SEGUROS		1	$23,100
EPS	1	1	$276,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		1	$276,100
SUBTOTAL			$652,600
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$652,600

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72347546		ALTAMAR HERNANDEZ CESAR ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 22 sur # 81-20	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002564801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	290503639	9459146778	I	2023/12/13	2023/11/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$652,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	72347546	ALTAMAR CESAR	230201	30	$2,208,626	$353,400	EPS010	30	$2,208,626	$276,100		0	$0	$0	14-29	30	$2,208,626	$23,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,208,626	$353,400			$2,208,626	$276,100			$0	$0			$2,208,626	$23,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,100	$0	$0	$23,100
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	1	$23,100	$0	$0	$23,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				1	$652,600	$0	$0	$652,600

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**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	**CESAR ENRIQUE ALTAMAR HERNANDEZ**	**NIT/ CC No.**	72347546
CORREO ELECTRÓNICO	caltamarh@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3002564801
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	**1185 DEL 2023**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**79 DIAS**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR TECNICAMENTE EN EL PROCESO VISITAS DE INSPECCION PARA LA DE OBTENCION DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN, LABORATORIO Y MANUFACTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2023-10-10**	**FECHA DE INCIO**	**2023-10-11**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2023-12-29**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 14.540.118,50**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 9.018.554,50**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.521.564**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 3.496.990,50**	**VALOR PAGADO**	**11.043.128**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 2)**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**2**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(11 de noviembre al 10 de diciembre del 2023)**
BANCO	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA**	AHORROS	**No DE CUENTA**	**550027000137250**

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)

NINGUNA

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		**9459146778**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**NOVIEMBRE**	**2023-11-21**	**276100**	**SURA**
PENSIÓN	**NOVIEMBRE**	**2023-11-21**	**353400**	**PROTECCIÓN**
ARL	**NOVIEMBRE**	**2023-11-21**	**23100**	**La Equidad seguros**

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 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**
	2023	12	11



ELDY JOHANA NEIRA PRECIADO

COORDINADORA GRUPO TECNICO DE MEDICAMENTOS

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
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.

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

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO	*1185 DEL 2023*		
CONTRATISTA:	Cesar Enrique Altamar Hernández	**NIT / C.C No. :**	*72347546*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR TECNICAMENTE EN EL PROCESO VISITAS DE INSPECCION PARA LA DE OBTENCION DE CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN, LABORATORIO Y MANUFACTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS VIGILADOS POR EL INSTITUTO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS VIGENTES		
VALOR DEL CONTRATO	$ 14.540.118,50		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-10-10**	**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**79 días**
FECHA DE INICIO:	**2023-10-11**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE: 2023-11-10**	**HASTA:**	**2023-12-11**
PAGO NÚMERO:	**02**	**DEPENDENCIA:**	**Grupo técnico de medicamentos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Eldy Neira**		

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	**Apoyo en el desarrollo de visitas de certificación, ampliación, renovación de BPM**	**a.** Participación como auditor en la visita de certificación de BPM para gases medicinales en establecimiento: **CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM CLÍNICA CALLE 93** **b.** Participación como auditor en la visita de certificación de BPM para gases medicinales en la	a. Resolución 2023055104 b. Acta generada y resolución en curso.

		empresa: **MESSER ESTACION GIRON** **c.** Participación como auditor observador en la visita de certificación de BPM para medicamentos en establecimiento: **Laboratorios Farmacéuticos y Nutricionales S.A.S.** **d.** Observador en visita de verificación de requerimientos pendientes al establecimiento KEOPS **FARMACEUTICA EU.**	c. Acta generada d. Notificación por pérdida de certificación de BPM ante dirección de operaciones sanitarias y al grupo de registros sanitarios (pendiente por subir al SE-SUITE).
2	**Emitir documentos resultantes de la realización de auditorías de certificación de BPM**	**a.** Certificado BPM para el radicado 20231277763 empresa **Vitalis planta 1.** **b.** Respuesta a PQRDS para establecimiento **SUPPLA S.A.S.**	a. Pendiente por resolución. b. Radicado saliente **20232057365**
3	**Capacitación**	Capacitación para respuesta a PQRDS.	

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

1. 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.	3000-1113-2023	Girón - Santander	2023-11-27	2023-11-29

2. 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** del año **2023**.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

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)
2	5.521.564	40%	21	652.600	9459146778	Aportes en línea

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento.

3. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 14.540.118,50
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 5.521.564
Saldo del contrato	$ 3.496.991

4. 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
02	X	

Atentamente,



Firma
Nombres y apellidos del contratista: Cesar Enrique Altamar Hernandez
Contratista
C.C. No. 72347546 de Barranquilla

Recibí a satisfacción:



Firma
ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos
Direccion de Medicamentos y Productos biológicos
Supervisor(a) Contrato 1185 de 2023