1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO:	*1185 DEL 2023*		
CONTRATISTA:	Cesar Enrique Altamar Hernández	**NIT / CC 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	14540118,50		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2023-10-10**	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	**79 días**
FECHA DE INICIO:	**2023-10-11**	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2023-12-29**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**ELDY JOHANA NEIRA PRECIADO**	**DEPENDENCIA:**	**Dirección de Medicamentos y productos Biológicos**

2. SUSPENSIONES			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

3. PRÓRROGAS			
ACTA	**FECHA**	**PLAZO**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

4. ADICIONES			
ACTA	**FECHA**	**VALOR**	**JUSTIFICACIÓN**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

5. GARANTÍA			
ASEGURADORA	**N/A**	**No. de póliza**	**N/A**

AMPAROS	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**	
		DESDE	**HASTA**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

6. SANCIONES

SI_____ **NO**____**X**_____

(INDICAR LAS APLICADAS AL CONTRATO EN CASO AFIRMATIVO)

7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI_____X_____ **NO_____**

8. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$14.540.118,50
ADICIONES	$0
MODIFICACIONES	$0
SUBTOTAL	$14.540.118,50
VALOR EJECUTADO	$14.540.118,50
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	**Apoyar en el desarrollo de visitas de certificación, ampliación, renovación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), elaboración (BPE), laboratorio (BPL), gases medicinales (BPMG), productos fitoterapéuticos (BPMf), medicamentos homeopáticos (BPMh), medicamentos biológicos (BPMb), suplementos dietarios (BPMsd), elaboración de radiofármacos (BPER) y demás, a los establecimientos que fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos, presten servicios de salud con medicamentos en seres humanos, que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos; apoyando así mismo en la emisión del respectivo acto administrativo que otorga la certificación de BPx.**	**a.** Participación como auditor observador en la visita de la empresa: **INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS S.A.S. - OXI 50 (SEDE 2).** **b.** Participación como auditor observador en la visita de la empresa: **CLÍNICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA** **c.** Participación como auditor observador en la visita de la empresa: **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SEDE ZIPAQUIRÁ** **d.** Participación como auditor en la visita de certificación de BPM para gases medicinales en establecimiento: **CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM CLÍNICA CALLE 93** **e.** Participación como auditor en la visita de certificación de BPM para gases medicinales en la empresa: **MESSER ESTACION GIRON** **f.** Participación como auditor observador en la visita de certificación de BPM para medicamentos en establecimiento: **Laboratorios Farmacéuticos y Nutricionales S.A.S.**

2	**Emitir documentos resultantes de la realización de auditorías de certificación de BPM**	**a.** Certificado BPM para el radicado 20231269193 empresa RETYCOL **b.** Certificado BPM para el radicado 20231269191 empresa PHARMAYET **c.** Certificado BPM para el radicado 20231270821 empresa OPEN MARKET- FUNZA **d.** Certificado BPM para el radicado 20231277763 empresa **Vitalis planta 1.** **e.** Respuesta a PQRDS para establecimiento **SUPPLA S.A.S.** **f.** Respuesta a radicado 20231326894 del 11/12/2023 **PFIZER** Brasil. **g.** Respuesta radicada 20231330439, solicitud de aprobación para modificación de instalaciones **PROCLIN PHARMAS.A.** **h.** Radicado 20231332870 del 16/12/2023 **CLINICA MEDILASER** **i.** Notificación de perdida de certificación en BPM de productos fitoterapéuticos del establecimiento **KEOPS FARMACÉUTICA** ante la Coordinación del grupo de Registro sanitario de fitoterapéuticos y a la dirección de Operaciones Sanitarias.
3	**Participar en los diferentes comités que se requieren con relación al procedimiento de auditorías de certificación.**	**a)** Manejo de la plataformas: SESUITE, KAWAK, Ejecutables Invima, Share Point. Emisión de certificados BPM. **b)** Capacitación para respuesta a PQRDS **c)** Capacitación en Liberación paramétrica.
4	**Apoyar en la realización de visitas de verificación de requerimientos y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas a los establecimientos que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**	a. Observador en visita de verificación de requerimientos pendientes al establecimiento KEOPS **FARMACEUTICA EU.** b. Auditor en visita remota para verificación de requerimientos pendientes al establecimiento **Promotora Clínica Zona Franca de Urabá.**
5	**Apoyar y actualizar el ingreso de datos a las bases y aplicativos del Grupo Técnico de Medicamentos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**	N/A
6	**Apoyar la atención integral, así como la respuesta a inquietudes y/o peticiones con relación a la gestión relacionada con el proceso de auditorías y certificaciones, que soliciten los ciudadanos a través de los distintos medios destinados para ello por el Instituto.**	N/A

10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)

De acuerdo al seguimiento realizado por el supervisor y/o interventor y a lo evidenciado objetivamente durante la ejecución del contrato. Aplica tanto para aspectos positivo como negativos a resaltar.

11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD

EXCELENTE__X__ BUENO _____ REGULAR ____ MALO _____

(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES FORMATO GAD-GCT-FM8)

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-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9,** 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	

Nota 1: Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO[1] del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número 1185 de 2023, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 1185 de 2023 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

[1] 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

Nota 2: En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá D.C. a los 29 días del mes diciembre de 2023.



Firma
Nombres y Apellidos: ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Cargo: Coordinadora del Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
Supervisor(a) Contrato 1185 de 2023

	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**	**$ 3.496.990,50**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.496.990,50**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0,00**	**VALOR PAGADO**	**14.540.118,50**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**(PAGO 3)**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**3**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(11 de diciembre al 29 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		**9459433829**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**DICIEMBRE**	**2023-12-14**	**276100**	**SURA**
PENSIÓN	**DICIEMBRE**	**2023-12-14**	**353400**	**PROTECCIÓN**
ARL	**DICIEMBRE**	**2023-12-14**	**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	29



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	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. 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:**	**2023-12-11**	**HASTA:**	**2023-12-29**
PAGO NÚMERO:	**FINAL**		**DEPENDENCIA:**	**Grupo técnico de medicamentos**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Eldy Neira**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	**Apoyo en el desarrollo de visitas de certificación, ampliación, renovación de BPM**	Auditor en visita remota para verificación de requerimientos pendientes al establecimiento **Promotora Clínica Zona Franca de Urabá.**	Acta generada y resolución en curso.
2	**Emitir documentos resultantes de la realización de auditorías de certificación de BPM**	**a.** Respuesta a radicado 20231326894 del 11/12/2023 **PFIZER** Brasil. **b.** Respuesta radicada 20231330439, solicitud de aprobación para modificación de instalaciones **PROCLIN PHARMAS.A.** **c.** Radicado 20231332870 del 16/12/2023 **CLINICA MEDILASER**	En proceso de revisión
3	**Participar en los diferentes comités que se requieren con relación al procedimiento de auditorías de certificación.**	N/A	N/A
4	**Apoyar en la realización de visitas de verificación de requerimientos y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas a los**	N/A	N/A

	establecimientos que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.		
5	**Apoyar y actualizar el ingreso de datos a las bases y aplicativos del Grupo Técnico de Medicamentos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.**	N/A	N/A
6	**Apoyar la atención integral, así como la respuesta a inquietudes y/o peticiones con relación a la gestión relacionada con el proceso de auditorías y certificaciones, que soliciten los ciudadanos a través de los distintos medios destinados para ello por el Instituto.**	N/A	N/A

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
N/A	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 **diciembre** 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)
03	5.521.564	40%	30	652.600	945943382 9	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.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 14.540.118,50
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$ 3.496.991
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
03	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

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**EVALUACION DE PROVEEDORES**	
	Código: GAD-GCT-FM8	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

			AAAA	MM	DD
NOMBRE DEL PROVEEDOR	CESAR ENRIQUE ALTAMAR HERNANDEZ	**FECHA DE EVALUACIÓN**	2023	12	29
NIT O C.C. No.	72347546	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			2023-10-11		2023-12-29
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	1185 DEL 2023				
FECHA ACTA DE INICIO	2023-10-11				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	cesaraltamarhernandez@hotmail.com				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Carrera 22 sur # 81-26, celular: 3002564801				
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				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**
0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**
1	**Cumple mínimamente**	**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)	3
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	3

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}\ (22)}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}\ (24)} \times 100 =$ **91,667**

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: NINGUNA

Observaciones: NINGUNA.

FIRMA

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR — **ELDY JOHANA NEIRA PRECIADO**

CARGO — **COORDINADORA GRUPO TECNICO DE MEDICAMENTOS**

Nota N° 1: Sí 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 sí el supervisor lo estima conveniente.

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

Nota N° 3: Sí 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-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

aportes en línea

Planilla Resumen

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		$652.600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	72347546	ALTAMAR HERNANDEZ CESAR																		230201	30	EPS010	30		0	14-29	30	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

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		$652.600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353.400	$0	$353.400
PROTECCION	230201	800.229.739	0	1	$353.400	$0	$353.400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23.100	$0	$23.100
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830.008.686	1	1	$23.100	$0	$23.100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276.100	$0	$276.100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	1	$276.100	$0	$276.100
TOTAL				**1**	**$652.600**	**$0**	**$652.600**