



PROCESO			
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
 AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES <small>— La unión de nuestras Fuerzas —</small>	TÍTULO INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: CT-FO-11	
		VERSIÓN No. 03	Página 1 de 26
		FECHA:	16 07 2025
 <small>Grupo Social y Empresarial de la Defensa</small>			

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 04

Bucaramanga, **16 de junio del 2026**

AL: Señor:
CR (RA) RUBIEL ELIAS CAÑÓN CUERVO
Director Regional Nororiente

Con toda atención me permito enviar al Señor **CR (RA) RUBIEL ELIAS CAÑÓN CUERVO** director regional Nororiente de la agencia logística de las fuerzas Militares, el informe de **supervisión No. 03** del contrato **No. 011-001-2026** Correspondiente al periodo del **01 de mayo del 2026 al 31 de mayo del 2026**, de acuerdo con la siguiente información:

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO:

CONTRATO No. 011-001-2026

CONTRATISTA: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER

OBJETO: "REALIZACION Y EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS EN EL PROGRAMA DE BIENESTAR DE INCENTIVOS PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL NORORIENTE".

VALOR DEL CONTRATO: CUARENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIÚN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$42.821.995,00) INCLUIDO IMPUESTOS

PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: Plazo de ejecución hasta el 24 de diciembre del 2026 o hasta agotar presupuesto.

MODIFICACIONES: SI _____ NO X

TIPO	DETALLE



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **2** de **26**

FECHA:

16

07

2025



2. CONTROL OBLIGACIONES Y ENTREGABLES CONTRACTUALES:

DESCRIPCION		PLAZO DE EJECUCIÓN	
NUMERAL	OBLIGACION	ENTREGABLE	MAYO
1.	Prestar a cabalidad el servicio solicitado y tener la disponibilidad inmediata para la correcta prestación de los mismos.	Informe supervisión	Cumple
2	Responder en los plazos que la Agencia Logística de las Fuerzas Militares establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	Informe supervisión	Cumple
3	Atender en forma inmediata cualquier cambio que se presente en la prestación del servicio, por lo cual realizará las gestiones necesarias para efectuar dichos cambios, dentro de los plazos requeridos por la AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL NORORIENTE, sin ningún tipo de penalidad económica que afecte el presupuesto del contrato.	Informe supervisión	Cumple
4	Constituir Garantía Única de cumplimiento y de responsabilidad Civil Extracontractual, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato y presentarla a la Entidad para su aprobación.	SECOP II	Cumple
5	Ejecutar el objeto de esta contratación en el lugar y plazo estipulado conforme al servicio contratado.	Informe supervisión	Cumple
6	Mantener actualizado el aplicativo SECOP II, en atención a las aprobaciones, modificaciones, cargue de facturación, solicitudes del supervisor del contrato, liquidación contractual y cualquier otra actividad que se derive en el aplicativo SECOP II	SECOP II	Cumple
7	El contratista deberá realizar cruce mensual de cartera (circularización) con la tesorería de la regional de acuerdo al formato establecido por la Agencia Logística de las Fuerzas Militares, y el supervisor realizará seguimiento mensual al desarrollo de esta obligación por parte de los responsables.	Circularización	Cumple
8	Suministrar el servicio de transporte terrestre para las actividades que se requieran y en las fechas solicitadas por la entidad. Los vehículos deben cumplir con los requisitos de Ministerio de transporte.	Informe supervisión	En el presente periodo no se requirió servicio de transporte
9	Contar con el personal de apoyo operativo para prestar el apoyo logístico requerido para el cumplimiento del objeto contractual como: recreadores, veedores, facilitadores, capacitadores, animadores, presentadores, personas de apoyo logístico y coordinadores entre otros.	Informe supervisión	Cumple
10	Designar un (1) coordinador de eventos con poder de decisión y autonomía, quien se hará responsable de mantener comunicación permanente y oportuna con el supervisor del contrato, en el proceso de planeación y ejecución de cada una de las actividades.	Informe supervisión	Cumple
11	Prestar apoyo en los programas de bienestar social e incentivos requeridos, en donde sean programadas las actividades.	Informe supervisión	En el presente periodo no se realizó apoyo

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **3** de **26**

FECHA:

16



07

2025



DESCRIPCION		PLAZO DE EJECUCIÓN	
NUMERAL	OBLIGACION	ENTREGABLE	MAYO
12	Informar oportunamente cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución de las mismas.	Informe supervisión	En el presente periodo no se presentaron novedades
13	Garantizar que los alimentos proporcionados a los participantes de las actividades sean de excelente calidad y se suministren en óptimas condiciones de higiene y salubridad.	Informe supervisión	Cumple
14	Acreditar el cabal cumplimiento mensual de las obligaciones parafiscales y de seguridad social atendiendo lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.	Planillas de Pago Seguridad Social	Cumple
15	Para el desarrollo de cualquier actividad se debe confirmar previamente con la entidad mediante comunicación con el supervisor del contrato, para acordar el auditorio o salón de eventos, logística, y el tipo de armonización de acuerdo al evento. Es importante tener en cuenta que para todas las actividades se debe contar con servicio de meseros, silletería, mantelería, ambientación y menaje, como también en caso de encontrar alguna novedad el supervisor del contrato la manifestara de forma inmediata.	Informe supervisión	Cumple
16	Se deberá garantizar la comunicación continua y directa entre el supervisor y la firma, en aras de organizar en forma directa y oportuna la prestación de los servicios contratados.	Informe supervisión	Cumple
17	El contratista deberá contar con los servicios requeridos garantizando la disponibilidad permanente de los mismos, con inmediatez, excelente calidad y presentación del personal y escenarios, en el lugar y en el horario señalado por el supervisor.	Informe supervisión	Cumple
18	Los servicios para cubrir las necesidades requeridas en las actividades a desarrollar, están sujetos a reajustes, de acuerdo a las variaciones del mercado, información previa a la realización del evento.	Informe supervisión	En el presente periodo, no se presentaron novedades en los servicios.
19	Garantizar la adecuada prestación de los servicios de acuerdo a la ley 09 del 24/01/79" Código Sanitario Nacional" y el Decreto 4444 del 28/11/2005 "régimen de permiso sanitario para la fabricación y venta de alimentos elaborados por microempresarios", y demás normas vigentes.	Informe supervisión	Cumple

En el marco de la ejecución contractual, el día 13 de mayo de 2026, se realizó un modificatorio al contrato de bienestar No. 011-001-2026 a cargo del proveedor Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, con el propósito de ajustar la actividad denominada "Tardes de Bienestar" atendiendo a las necesidades operativas y de fortalecimiento del bienestar institucional. Dicho modificatorio permitió optimizar el desarrollo de la actividad, garantizando su adecuada implementación y el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del contrato, teniendo en cuenta el procedimiento y documentación requerida para efectuar cambios, estos registros se encuentran publicados en la plataforma de SECOP II, en el numeral 8 modificación del contrato.

PROCESO		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
 <p>AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES — La unión de nuestras Fuerzas —</p>	TÍTULO INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: CT-FO-11			
		VERSIÓN No. 03	Página 4 de 26		
		FECHA:	16	07	2025
 <p>Grupo Social y Empresarial de la Defensa</p>					

Adicional a lo anterior, el periodo de mayo se desarrollaron las siguientes actividades:

- **Actividad de Bienestar espiritual**

Incluye:

Programación de Eucaristía, Sacerdote con acompañamiento musical

Se llevó a cabo eucaristía el día 08 de mayo de 2026, de 8:00 AM – 9:00 AM, en la sede administrativa de Bucaramanga.



- **Día de la madre**

Incluye:

Se debe adecuar el Salón principal de la Sede Administrativa de la Regional, que incluya decoración con la temática de la celebración, menaje, meseros, mantelería, animación musical.

Desayuno conformado por Porción de Fruta + Omelet con Jamón y Queso + Pan o Producto de panadería de + Jugo de Naranja + Café con leche o Chocolate + rosa amarilla

Dando cumplimiento al plan de bienestar se llevó a cabo la actividad "Día de la madre" el día 08 de mayo de 2026, en el horario de 9:00 AM – 10:00 AM. En el salón de la sede administrativa de la Regional.



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **5** de **26**

FECHA:

16

07

2025



- **Reinducción Institucional**

El día 11 de mayo de 2026, en el horario de 7:30 AM - 12:45 PM, en el Salón Aquileo Parra del hotel Ciudad Bonita, se realizó actividad donde se recibió capacitación desde la oficina principal mediante conexión virtual dirigida a todas las Regionales.



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **6** de **26**

FECHA:

16

07

2025



• **Tarde de Bienestar**

Incluye:

Actividad recreativa de integración que incluirá almuerzo y servicio logístico de meseros.

El día 13 de mayo de 2026, en el horario de 12:45 PM – 4:30 PM, en el Salón Aquileo Parra del hotel Ciudad Bonita, se realizó actividad donde se suministró almuerzo y se capacitó al personal de Bucaramanga en Sinergia Mental.





TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

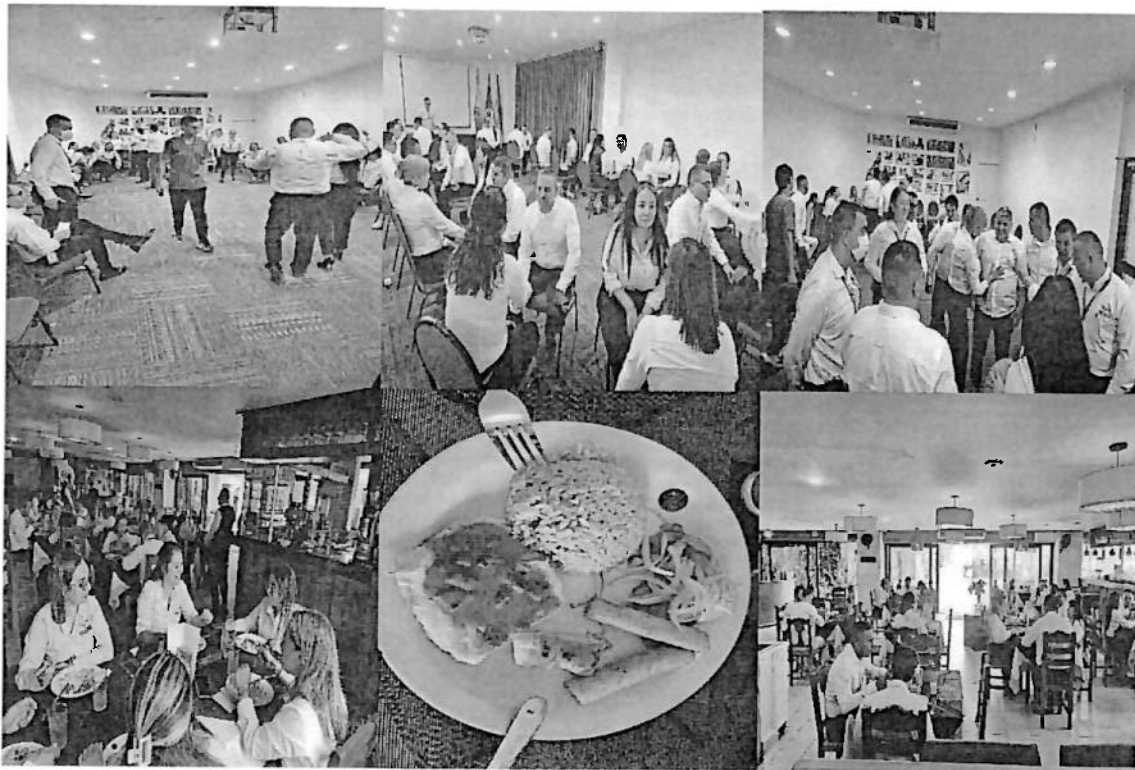
Página **7** de **26**

FECHA:

16

07

2025



3. CUMPLIMIENTO DE LOS RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO.

Seguimiento y monitoreo de los riesgos establecidos para la etapa de ejecución del contrato:

Nº	TIPO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
1	General	Que se presente fluctuación de los precios durante la ejecución del contrato	Una buena proyección de la propuesta económica de acuerdo con el estudio de mercado	Contratista	Permanente
2	Especifico	Falta de idoneidad del personal	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento y en el caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realice las actividades de acuerdo a los términos contratados	Supervisor del contrat	Mensual
	Especifico	Falta de idoneidad del personal	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento y en el caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realice las actividades de	Supervisor del contrato	Mensual



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **8** de **26**

FECHA:

16

07

2025



Nº	TIPO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
			acuerdo a los términos contratados		
3	General	Incumplimiento de las obligaciones laborales	Garantía de pago de salarios y prestaciones sociales	Supervisor del contrato	Mensual
4	Específico	Incumplimiento del programa de trabajo	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento y caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realce las actividades de acuerdo a los términos contratados	Supervisor del contrato	Mensual
5	Específico	Modificación de las especificaciones técnicas	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento y caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realce las actividades de acuerdo a los términos contratados	Supervisor del contrato	Mensual
6	Específico	No ejecución del contrato	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento y caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realce las actividades de acuerdo a los términos contratados	Supervisor del contrato	Mensual
7	Específico	Deficiencia de la calidad del servicio	Incorrecta ejecución del contrato y mala calidad del servicio	Supervisor del contrato	Mensual
8	Específico	Deficiencia en la ejecución del contrato	Garantía de cumplimiento	Supervisor del contrato	Mensual



Durante el periodo del presente informe no se materializó ningún riesgo.

4. NOVEDADES DE INCUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION:

Sin novedad

5. CONTROL DE PAGOS

Valor total de Contrato		\$42.821.995,00		
No. Factura y/o Cuenta de cobro	Fecha	Valor Facturado	Saldo por Ejecutar	Con cargo al Contrato Interadministrativo No. (SI APLICA)
Pago anticipo (si aplica)				
Valor Inicial Contrato	28-01-2026		42.821.995	No Aplica
401E 515080	23-02-2026	\$654.500	\$42.167.495	No Aplica
401E-531827	21-04-2026	\$327.250	\$41.840.245	No Aplica
401E 540866	14-05-2026	\$2.905.195	\$38.935.050	No Aplica

PROCESO				
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				
	TÍTULO INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: CT-FO-11		
		VERSIÓN No. 03	Página 9 de 26	
		FECHA:	16	07
				

401E 542503	22-05-2026	\$1.384.268	\$37.550.782	No Aplica
Subtotal A-02-02-02-009-006		\$5.271.213	\$37.550.782	

Porcentaje cumplimiento Avance 12.31%

Incumplimiento 0%

6. INFORMACIÓN FIDUCIAS

No Aplica

7. INFORMACIÓN PERSONAL CONTRATADO

Nº SOLICITADAS	PERSONAS	CARGO	NOMBRE
1		Coordinador de eventos	Luz Magdeleine Velasco
1		Sacerdote	Oscar Viviescas
1		Músico	Cesar Fabián Atuesta
1		Show musical	Jose Angel Ochoa
1		Conferencista	José Antonio Galvis Forero
1		Recreador	Cristian Gutiérrez

8. INFORMACIÓN AIU

No Aplica.

9. DOCUMENTOS ANEXOS AL INFORME:

- Seguridad social y parafiscales
- Listados de asistencias
- Certificado de manipulación de alimentos

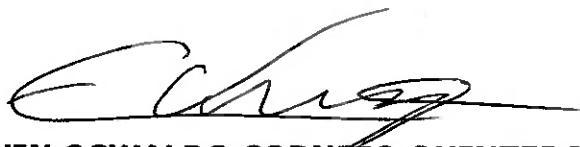
10. REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES:

No Aplica.

11. RECOMENDACIONES:

No Aplica.

Cordialmente,



EDWIN OSWALDO CORNEJO QUINTERO
Supervisor del contrato No.011-001-2026

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **11** de **26**

FECHA:

16

07

2025



8999992041	PASENA	PASENA-SENA	910	\$ 71.063.000
8999992052	PAICBF	PAICBF-ICBF	910	\$ 106.549.800
SUBTOTAL:				\$ 177.612.800

VALOR SIN MORA:	\$ 1.332.612.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.332.612.200



PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **13** de **26**

FECHA:

16

07

2025



**EL REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFENALCO SANTANDER**

CERTIFICA QUE:

De conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de diciembre 27 de 2002, la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER** con NIT 890.201.578-7, ha cancelado lo correspondiente al pago de sus aportes al sistema de seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL) y parafiscales (Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA); en los seis (6) meses anteriores a la emisión de esta certificación; encontrándose a paz y salvo por estas obligaciones.

La presente se expide con destino al Interesado, en la ciudad de Bucaramanga a los cuatro (4) días del mes de mayo 2026.

Cordialmente,

FAUSTINO PINTO RUBIO
Revisor Fiscal
T.P: 45201 -T

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

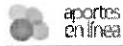
Página **14** de **26**

FECHA:

16

07

2025



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE o ICBF
CC 109146209		ARMATA LIBRES CESAR FUSIM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 674-18	LEBOLZA-SANTANDER	8546557	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN								
Período	Salud	Pago	Clase	Planilla	Tipo	Límite	Fecha	Valor
2024-04	2024-04	2484004		002200204	1	2024/05/08	2024/05/08	\$22.400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Institución PROMICOM (1 Afiliado)					\$1.800.000	\$268.000			\$1.800.000	\$223.000			\$0	\$0			\$1.800.000	\$1.400			\$0	\$0	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliado)					\$1.800.000	\$268.000			\$1.800.000	\$223.000			\$0	\$0			\$1.800.000	\$1.400			\$0	\$0	
Centro de Trabajo Depto SANTANDER (1 Afiliado)					\$1.800.000	\$268.000			\$1.800.000	\$223.000			\$0	\$0			\$1.800.000	\$1.400			\$0	\$0	
1	IBC	Dependencia	ARMATA CESAR	00001	00	\$1.800.000	\$268.000	EP001	00	\$1.800.000	\$223.000	0	00	\$0	\$0	14-20	00	\$1.800.000	\$1.400	0	00	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1.800.000	\$268.000			\$1.800.000	\$223.000			\$0	\$0			\$1.800.000	\$1.400			\$0	\$0	



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **15** de **26**

FECHA:

16

07

2025



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Ciudad Aportante	Seguridad Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICDF	
CC 109183830		ARMISTA LIBRES CESAR FARJAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 14 #14-18	LEMBIA-SANTANDER	8548827	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Período	Clave	Tipo	Fecha	Pago					
2024-04	2025-04	5484304	983320254	1	2024-08-08	2024-08-08	BANCO DE COLOMBIA	0	1022,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES POR A	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288,000	\$0	\$0	\$288,000	
PROTECCION	238701	800,229,719	0	1	\$288,000	\$0	\$0	\$288,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,498	\$0	\$0	\$9,498	
COLUMENA	14-25	800,226,176	3	1	\$9,498	\$0	\$0	\$9,498	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$215,000	\$0	\$0	\$215,000	
SANITAS	EPR805	800,251,440	6	1	\$215,000	\$0	\$0	\$215,000	
TOTAL				1	\$522,400	\$0	\$0	\$522,400	

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 16 de 26

FECHA:

16

07

2025



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DETALLE DE APORTES															DETALLE DE APORTES														
NO. APORTES	FECHA	VALOR	NO. APORTES	FECHA	VALOR	OTROS APORTES										OTROS APORTES													
TOTAL PAGADO: \$ 1.350.400																													




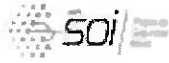
Certificados de Aportes

Se certifica que ENLAZE EMPRESARIAL DE SERVICIOS S.A. identificado(a) con NI 804089907 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CRISTIAN YESID GUTIERREZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1095630205

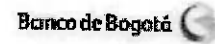
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Pago	Fecha Pago	Concepto	Código	Administración	Concepto	Fecha	Clase	Retención												Tercia	Cobertura		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
99021192	190204217	E	2026-04-09	EPS	EP9010	EPS SURA (ANTES BUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30															4%	\$70.100
99021192	190204217	E	2026-04-09	AFP	200301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30															16%	\$190.200
99021192	190204217	E	2026-04-09	AFP	200301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-01	30																\$0
99021192	190204217	E	2026-04-09	AFP	200301	PORVENIR	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-07	30																\$0
99021192	190204217	E	2026-04-09	AFP	200301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30															0%	\$0
99021192	190204217	E	2026-04-09	AFP	200301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2026-03	30															0%	\$0
99021192	190204217	E	2026-04-09	ARC	14-11	ARC SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30															0.022%	\$9.200
99021192	190204217	E	2026-04-09	CUF	CUF-40	CUMPLEAÑOS SANTANDER	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30															4%	\$70.100

Este certificado se expide el día 2026-04-09 a las 12:23.

PROCESO			
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
	TÍTULO INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: CT-FO-11	
		VERSIÓN No. 03	Página 17 de 26
		FECHA:	16



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER con documento NIT 890201578, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JOSE ANTONIO GALVIS FORERO con documento CC 86157270, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6019697002	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	MAYO/2026
Fecha Pago	2026/05/12	Número de Autorización	301810887

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	EPG002 - SALUD TOTAL
Días	30	Tarifa	12,500 %

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-25 - COLMENA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES			
Administradora	Días Cotizados	Tarifa	
CCF40 - COMFENALCO SANTANDER	30	4,000 %	
PASENA - SENA	30	2,000 %	
PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR	30	3,000 %	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 19 de 26

FECHA:

16

07

2025



Listado de Asistencia Reinducción Institucional

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Summary table with columns: 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', 'FIRMAS'. Includes a small table for 'REVISIÓN DE PROCESOS'.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

Table with columns for 'UNIDAD', 'PERSONA', 'FECHA', 'TIPO DE ASISTENCIA', 'OBSERVACIONES', and 'FIRMAS'. Contains multiple rows of data with handwritten notes.

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 20 de 26

FECHA:

16

07

2025



FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025

FECHA	ACTIVIDAD	ESTADO	RESPONSABLE	OTROS COMENTARIOS
16/07/2025



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 21 de 26

FECHA:

16

07

2025



FECHA	ESPANZON	HORA	RESPONSABLE		Teléfono Número	
Lugar			ENTIDAD Y/O DEPENDENCIA		Administrativa	
TEMA			ANEXOS			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE IDENTIFICACION	CARGO	DEPENDENCIA Y/O PROCESO	EMAIL	FECHA
1	ANDRÉS ELIAS RAMON CARRON	7707915	ENCUENTRO	Operativa	andres.elias@fuerzas.mil.ec	
2	MARCELO COBRERA VASCO	88979819	TAJO	Operativa	marcelo.cobreravasco@fuerzas.mil.ec	
3	SABINA MELBA CARO BUSTAMANTE	3774729	TAJO	Operativa	sabina.melba@fuerzas.mil.ec	
4	JACQUELYN LINDA BARRERA	110207978	TAJO	Operativa	jacquelyn.linda@fuerzas.mil.ec	
5	RODRIGO ESTEBAN GARCERAN	3970160	PO	Operativa	rodrigo.esteban@fuerzas.mil.ec	
6	FLAVIO BARRERA GALVIS	8778118	PO	Operativa	flavio.barrera@fuerzas.mil.ec	
7	JUAN CARLOS GOMEZ INFANTE	8136260	TAJO	Operativa	juan.carlos@fuerzas.mil.ec	
8	JOSELY JOSELY GARCERAN	109997942	TAJO	Operativa	josely.josely@fuerzas.mil.ec	
9	JERRY PAOLA BARRERA BARRERA	109845211	PO	Operativa	jerry.paola@fuerzas.mil.ec	
10	ERIK DENNIS BARRERA BARRERA	8438176	TAJO	Operativa	erik.dennis@fuerzas.mil.ec	
11	JONATAN ENRIQUE JALBA BARRERA	37544041	PO	Operativa	jonatan.enrique@fuerzas.mil.ec	
12	ERIK DAVID RAMON BARRERA	6820119	TAJO	Operativa	erik.david@fuerzas.mil.ec	
13	LIZ DAVID GARCERAN	8288164	PO	Operativa	liz.david@fuerzas.mil.ec	
14	ALBERTO CARLOS BARRERA BARRERA	11027417	TAJO	Operativa	alberto.carlos@fuerzas.mil.ec	
15	DAVID BARRERA BARRERA	8297111	TAJO	Operativa	david.barrera@fuerzas.mil.ec	
16	ALBERTO BARRERA BARRERA BARRERA	10981174	PO	Operativa	alberto.barrera@fuerzas.mil.ec	
17	YUDERLY PAOLA BARRERA	3838167	TAJO	Operativa	yudery.paola@fuerzas.mil.ec	
18	DENNIS ENRIQUE BARRERA BARRERA	10984179	PO	Operativa	dennis.enrique@fuerzas.mil.ec	
19	DAVID ENRIQUE BARRERA BARRERA	10981174	TAJO	Operativa	david.enrique@fuerzas.mil.ec	
20	ESTELA MARCELA BARRERA BARRERA	10981174	PO	Operativa	estela.marcela@fuerzas.mil.ec	
21	LIZ DAVID GARCERAN	8288164	TAJO	Operativa	liz.david@fuerzas.mil.ec	
22	ALBERTO DE JESUS BARRERA BARRERA	8171144	AS	Operativa	alberto.dejesus@fuerzas.mil.ec	
23	DAVID BARRERA BARRERA	8188160	AS	Operativa	david.barrera@fuerzas.mil.ec	
24	JOSÉ ENRIQUE BARRERA BARRERA	8811111	AS	Operativa	josé.enrique@fuerzas.mil.ec	
25	ADRIANA BARRERA BARRERA	10981174	AS	Operativa	adriana.barrera@fuerzas.mil.ec	
26	FERNANDO GARCERAN BARRERA	11027417	AS	Operativa	fernando.garceran@fuerzas.mil.ec	
27	ADRIANA ALVARADO BARRERA	8188160	AS	Operativa	adriana.alvarado@fuerzas.mil.ec	
28	EDUARDO GARCERAN BARRERA	8188160	AS	Operativa	eduardo.garceran@fuerzas.mil.ec	

FECHA	ESPANZON	HORA	RESPONSABLE		Teléfono Número	
Lugar			ENTIDAD Y/O DEPENDENCIA		Administrativa	
TEMA			ANEXOS			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE IDENTIFICACION	CARGO	DEPENDENCIA Y/O PROCESO	EMAIL	FECHA
29	ALEXANDER GOMEZ GARCERAN	8118884	TAJO	Administrativa	alexander.gomez@fuerzas.mil.ec	
30	BRIANO ANGARITA BARRERA	8463824	AS	NO	briano.angarita@fuerzas.mil.ec	
31	JOSE DAVID RIVERA GARCERAN	8818111	AS	NO	josé.david@fuerzas.mil.ec	
32	JOSE ANCHER RAMIREZ PORTILLA	1104034	AS	NO	josé.ancher@fuerzas.mil.ec	
33	ADRIANA ALVARADO BARRERA	8188160	TAJO	Administrativa	adriana.alvarado@fuerzas.mil.ec	
34	LIZETH DURAN LEON	10971264	PO	Administrativa	lizeth.duran@fuerzas.mil.ec	

OBSERVACIONES: Se verificó el cumplimiento de los requisitos de calidad de la entidad, en el cual se pudo observar que la entidad no cumple con los requisitos de calidad de la entidad, por lo tanto se recomienda a la entidad que tome las medidas necesarias para cumplir con los requisitos de calidad de la entidad.

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 23 de 26

FECHA:

16

07

2025



Certificado de manipulación de alimentos

		ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS							
CIUDAD: <u>BARRAMANGA</u>		FECHA: <u>15/12/2025</u>		ACTA N°: <u>2025-01</u>					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO:		Reservorio <input checked="" type="checkbox"/> Cofre <input type="checkbox"/> Reservorio <input type="checkbox"/> Filtro <input type="checkbox"/>							
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: <u>REGISTRALIA DE SPAN Y AMBIENTE</u>									
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO									
RAZÓN SOCIAL: <u>CB HOTEL GOURMET SAS</u>									
CÍRULA: <u>BOHISE30</u>		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <u>6811604015630</u>							
NOMBRE COMERCIAL: <u>TERRAZA MILITARIOS</u>									
DIRECCIÓN: <u>CALLE 35 # 22-01</u>		MATRÍCULA MERCANTIL: <u></u>							
DEPARTAMENTO: <u>SANTANDER</u>		MUNICIPIO: <u>BARRAMANGA</u>							
TELÉFONO: <u>3107047326</u> FAX: <u></u>									
CORREO ELECTRÓNICO: <u>CAJADORA@HOTELGOURMET.COM</u>									
NOMBRE DEL PROPIETARIO: <u></u>									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <u></u>									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: <u>BENJAMIN GONZALEZ FLOREZ</u>									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <u></u>									
DIRECCIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN: <u>CALLE 35 # 22-01</u>		MUNICIPIO: <u>BARRAMANGA</u>							
DEPARTAMENTO: <u>SANTANDER</u>		MUNICIPIO: <u>BARRAMANGA</u>							
FECHA Y LUGAR DE FUNCIONAMIENTO: <u>DEC. 06/7/2025</u>		NÚMERO DE TRABAJADORES: <u>11</u>							
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA									
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN: <u>19/11/2024</u>		FAVORABLE <input checked="" type="checkbox"/>		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN: <u>100%</u>					
		FAVORABLE CON RECOMENDACIONES <input type="checkbox"/>							
		DESFAVORABLE <input type="checkbox"/>							
MOTIVO DE LA VISITA									
PROGRAMACIÓN: <u></u>		SOLICITUD DEL INTERESADO: <input checked="" type="checkbox"/>		AGENCIAS AFILIADAS (ORGANOS Y BELLAMAS)					
SOLICITUD ORIGIN: <u></u>		SOLICITUD DE INTERÉS EN SANIDAD PÚBLICA <input type="checkbox"/>		OBJETIVO DE PRÁCTICA DE PRUEBAS: <u></u>					
CÓDIGO: <u>IVC003369-2587</u>		PROCESO SANCCIONATORIO ADMN: <u></u>							
EVALUACIÓN									
Aceptable (A): <u></u>		Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el cuestionario respecto a evaluar							
Aceptable con Recomendación (AR): <u></u>		Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el cuestionario respecto a evaluar							
Inaceptable (I): <u></u>		Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el cuestionario respecto a evaluar							
No aplica (NA): <u></u>		Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se aplica en el aspecto de hallazgos de inspección y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el aspecto de hallazgos.							
Código (C): <u></u>		Marque con una X la casilla "C" cuando el representante del aspecto a verificar indica la inexistencia de los elementos y debe aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impide que el establecimiento continúe operando y se le sancione.							
CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO									
1. CALIFICACIÓN DE INSTALACIONES		A		AR		I		HALLAZGOS	
1.1 Localización y diseño. (Resolución 2643 de 2013, artículo 1.º, 1.º y 2.º, 2.º y 3.º, artículo 32, Normas T.S. S. y A.P. 0000000, artículo 1.º y 2.º)		2		1		0		C	
1.2 Condiciones de piso y paredes. (Resolución 2643 de 2013, artículo 1.º, Normas T.S. S. y A.P. 0000000, artículo 1.º y 2.º)		2		1		0		C	



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 24 de 26

FECHA:

16

07

2025



Ítem	Descripción	Calificación	A	AR	I	Observaciones
1	Trabajos, saneamiento y mantenimiento Resolución 20140712 Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5 Artículo 33, Numeral 11	7	1	0	0	[C]
1	Inspecciones sanitarias Resolución 20240703 Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5 Artículo 33, Numeral 11	6	2	0	0	[C]
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE:		7	La calificación del bloque corresponde al 100% del total del año			
2 EQUIPOS Y UTENSILIOS			A	AR	I	HALLAZGOS
2	Condiciones de equipos y materiales Resolución 20240711 Artículo 1, Numeral 1, 2, 3 y 4 Artículo 10, 11, 12, 13 y 14 Artículo 21	5	3,5	0	0	[C]
3	Superficies de contacto con el público Resolución 20140712 Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5 Artículo 33, Numeral 11	7	3,5	0	0	[C]
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE:		7	La calificación del bloque corresponde al 100% del total del año			
3 PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS			A	AR	I	HALLAZGOS
3	Estado de salud Resolución 20140712, Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5 Artículo 10	7	3,5	0	0	[C]
3	Reconocimiento médico Resolución 20140712, Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5	7	1	0	0	[C]
3	Prácticas higiénicas Resolución 20140712, Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 Artículo 25, Artículo 26, Artículo 27 y 28	7	3,5	0	0	[C]
3	Calificación y capacitación Resolución 20140712, Artículo 1, Numeral 1, 2 y 3 Artículo 20	6	2	0	0	[C]
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE:		7	La calificación del bloque corresponde al 100% del total del año			
4 REQUISITOS LOGÍSTICOS			A	AR	I	HALLAZGOS
4	Control de existencias primarias y secundarias Resolución 20140712, Artículo 1, Numeral 1, 2, 3, 4 y 5 Artículo 21, Numeral 1, 2 y 3 Artículo 24 del 2005 Promoción oficial de 2014 Promocional No. 0142 y 1143 de 2012, 2014 y 2024 de 2023	5	2,5	0	0	[C]



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: **CT-FO-11**

VERSIÓN No. **03**

Página **25** de **26**

FECHA:

16

07

2025



Preparación de la documentación técnica.						
4.2	Resolución 26742013 Artículo 4º, numeral 7, Artículo 18, numeral 7, Artículo 26, numeral 5, Artículo 35, numeral 4 y 7	3				
Muestro de inspectores.						
4.3	Decreto 1418, Artículo 295, 325, Resolución 26742013, Artículo 10, numeral 7, 1, 2, 3 y 7	3,5	0			
Condiciones de financiamiento.						
4.4	Resolución 26742013, Artículo 15, numeral 6 y 8, Artículo 35, numeral 4 y 7	2	0			
CALIFICACION DEL BIENIO		2,5				La calificación del bienio corresponde al 25% del total del año
I. SANEAMIENTO		A	AR	I	HALLAZGOS	
4.1	Resistencia y calidad de aguas potables. Resolución 26742013, Artículo 6, numeral 4, 2, 3, 2, 2, 1, 2, 3 y 5.3, Artículo 24, numeral 4, Artículo 30, numeral 6, Resolución 2172 del 2002, Artículo 6 y 7	3,5	0			
4.2	Resistencia fósidos.	2	0			
4.3	Resistencia alóidos.	2	0			
4.4	Cantidad integral de agua potable	3				
4.5	Uniformidad y distribución de redes, equipos y uterilidos.	3,5	0			
4.6	Soportes documentales de saneamiento.	1	0			
CALIFICACION DEL BIENIO						La calificación del bienio corresponde al 50% del total del año
II. CONCEPTO SANITARIO						
N. DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		Si como que uno o más de los aspectos a evaluar son atendidos como mínimo y calificados como satisfactorios (S), el concepto del saneamiento obtenido es CONCEPTO SANITARIO S, sino será DEFICIENTE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD correspondiente.		
100%	EXCELENTE	100%				
	SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES	80-99%				
	DEFICIENTE	0-79%				

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CT-FO-11

VERSIÓN No. 03

Página 26 de 26

FECHA:

16

07

2025



EL RELACION DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO	
NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	18
NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS	
Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria la vigente comprendiendo los salubres registrados en la presente acta.	
V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD	
SI	<input checked="" type="checkbox"/> No
VI. OBSERVACIONES	
Por parte de la institución sanitaria:	
Por parte del establecimiento:	
VII NOTIFICACION DEL ACTA	
Este acta se levanta en la fecha y hora de redacción en el presente caso el presente acta se levanta en la ciudad de BUENAVISTA del mes de 12 de mayo de 2025.	
De la presente acta se hace copia en poder del establecimiento, representante legal, responsable del establecimiento o quien atienda la visita.	
NOTA: El acta debe ser notificado dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la notificación de la visita.	
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: RONALDO SERRANO	NOMBRE:
CEDULA: 94514499	CEDULA:
CARGO: TEC. AREA SALUD	CARGO:
INSTITUCIÓN: S.S.A.B.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: Néstor J. Prada Ruizón	NOMBRE:
CEDULA: 1078774925	CEDULA:
CARGO: Gerente de Calidad	CARGO: