

|                                                                                   |                                                                          |  |                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                   |  | GESTIÓN CONTRACTUAL |                              |
|                                                                                   | 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          | MARIBEL MEJIA ORTIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 | NIT/ CC No.                                | 43970665-5           |            |
| CORREO ELECTRÓNICO   | maribel.mejia@udea.edu.co                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 | TELÉFONO                                   | 3017130866           |            |
| 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         | 980 DE 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | TERMINO DE EJECUCIÓN                       | 46 días              |            |
| OBJETO DEL CONTRATO  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO, PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA EN LA EVALUACIÓN A LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS DE ACTIVIDADES DE SU COMPETENCIA. |                 |                                            |                      |            |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN | 2024-11-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FECHA DE INICIO | 2024-11-15                                 | FECHA DE TERMINACIÓN | 2024-12-31 |

|                          |              |                             |              |                           |                                               |
|--------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 9.203.333 | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO | \$ 3.681.333 | VALOR A PAGAR             | \$ 3.129.133                                  |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO | \$ 552.200   | VALOR PAGADO                | \$ 8.651.133 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA | (PAGO 2)                                      |
| TIPO DE PAGO             | FINAL        | FACTURA / CUENTA N°.        | N/A          | PERIODO OBJETO DE PAGO    | (15 de diciembre al 31 de Diciembre del 2024) |
| BANCO                    | BANCOLOMBIA  | TIPO DE CUENTA              | AHORROS      | No DE CUENTA              | 00203812931                                   |

|                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 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                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A |          | Ingreso a Almacén  |  | NO  |
| SGSSI                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI  |          | Documentos a cargo |  | NO  |
| Carné                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO  |          | Otros. Cuales?     |  | N/A |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL DECRETO 1082 DE 2015 N° 21-44-101455965                                                                                                                                                                                    |     |          |                    |  |     |

|                                                                                                                                                                                         |                 |               |              |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|----------------------------------|
| 4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL                                                                                                                    |                 |               |              |                                  |
| NÚMERO DE PLANILLA                                                                                                                                                                      | 7953260195      |               |              |                                  |
| ITEM                                                                                                                                                                                    | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD                          |
| SALUD                                                                                                                                                                                   | dic-24          | 2024-12-16    | \$ 277.600   | EPS SURA                         |
| PENSIÓN                                                                                                                                                                                 | dic-24          | 2024-12-16    | \$ 355.400   | PROTECCION                       |
| ARL                                                                                                                                                                                     | dic-24          | 2024-12-16    | \$ 0         | ARP-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |
| Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación 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 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 aquí 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 Interventoría 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         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2024                                                    | 12 | 31         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal |    |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre                                                  |    |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de revisado:                                      |    | AAAA-MM-DD |  |
| GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ<br>COORDINADORA GRUPO DE APOYO SALA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                          | 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.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                 |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA            | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43970665                    |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | MARIBEL MEJIA ORTIZ MEJIA ORTIZ |                                                       |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:          | ANTIOQUIA                                             |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 22 # 51A-24                 | TELÉFONO: 6802703                                     |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                         | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades profesionales, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                           |                                                       |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                              |                                                       |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>7953260195</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: diciembre    | PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024         | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/12/16        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1130722710    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT |
|           | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL  |        |                                        |  |  |            |              |
|----------------------|--------|----------------------------------------|--|--|------------|--------------|
|                      |        |                                        |  |  | TOTALES    |              |
|                      |        |                                        |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN              |        |                                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                                        |  |  |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 800229739            | 230201 | 230201- PROTECCION                     |  |  | 1          | \$ 355.400   |
| SUBTOTAL:            |        |                                        |  |  | 1          | \$ 355.400   |
|                      |        |                                        |  |  |            |              |
| SALUD                |        |                                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                                        |  |  |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 800088702            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |  |  | 1          | \$ 277.600   |
| SUBTOTAL:            |        |                                        |  |  | 1          | \$ 277.600   |
|                      |        |                                        |  |  |            |              |
| CAJA DE COMPENSACIÓN |        |                                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA       |        |                                        |  |  |            |              |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 890900842            | CCF03  | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA             |  |  | 1          | \$ 13.400    |
| SUBTOTAL:            |        |                                        |  |  | 1          | \$ 13.400    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 646.400 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 646.400 |



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                              |  |                                 |  |                           |  |                                                   |  |                          |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA                                                       |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:       |  | 43970665                  |  | NÚMERO PLANILLA:                                  |  | 7953260195               |  | TIPO DE PLANILLA:              |  | I-INDEPENDIENTES     |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                     |  | MARIBEL MEJIA ORTIZ MEJIA ORTIZ |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: |  | MES                                               |  | diciembre                |  | AÑO                            |  | 2024                 |  |  |  |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                          |  | MEDELLÍN                        |  | DEPARTAMENTO:             |  | ANTIOQUIA                                         |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0                              |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |  |  |  |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                 |  | CRA 29 # 51A-24                 |  | TELÉFONO:                 |  | 6650700                                           |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/ds): |  | 2024/12/16                     |  | 1130722710           |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                            |  | 02-INDEPENDIENTE                |  | CLASE APORTANTE:          |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |                          |  |                                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                              |  | PRIVADA                         |  | ACTIVIDAD ECONÓMICA:      |  | Otras actividades profesionales, científicas y de |  |                          |  |                                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                     |  | ÚNICO                           |  |                           |  |                                                   |  |                          |  |                                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBSF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                                 |  | NO                        |  |                                                   |  |                          |  |                                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSION |  |                |  |                |  |            |  |      |  | TOTAL APORTES A SALUD |  |      |  |      |  |      |  |      |  |
|-------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------|--|------|--|-----------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|
| CÓDIGO                  |  | ADMINISTRADORA |  | No. COTIZANTES |  | COTIZACIÓN |  | FSP  |  | MORA                  |  | FSP  |  | MORA |  | FSP  |  | MORA |  |
| E02001                  |  | PROTECCIÓN     |  | 1              |  | \$ 355.400 |  | \$ 0 |  | \$ 0                  |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  |
| SUBTOTALES:             |  |                |  |                |  |            |  |      |  |                       |  |      |  |      |  |      |  |      |  |

| TOTAL APORTES A PENSION |  |                |  |                |  |            |  |      |  | TOTAL APORTES A SALUD |  |      |  |      |  |      |  |      |  |
|-------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------|--|------|--|-----------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|
| CÓDIGO                  |  | ADMINISTRADORA |  | No. COTIZANTES |  | COTIZACIÓN |  | FSP  |  | MORA                  |  | FSP  |  | MORA |  | FSP  |  | MORA |  |
| E02001                  |  | PROTECCIÓN     |  | 1              |  | \$ 355.400 |  | \$ 0 |  | \$ 0                  |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  |
| SUBTOTALES:             |  |                |  |                |  |            |  |      |  |                       |  |      |  |      |  |      |  |      |  |

| TOTAL APORTES A PENSION |  |                |  |                |  |            |  |      |  | TOTAL APORTES A SALUD |  |      |  |      |  |      |  |      |  |
|-------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------|--|------|--|-----------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|
| CÓDIGO                  |  | ADMINISTRADORA |  | No. COTIZANTES |  | COTIZACIÓN |  | FSP  |  | MORA                  |  | FSP  |  | MORA |  | FSP  |  | MORA |  |
| E02001                  |  | PROTECCIÓN     |  | 1              |  | \$ 355.400 |  | \$ 0 |  | \$ 0                  |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  |
| SUBTOTALES:             |  |                |  |                |  |            |  |      |  |                       |  |      |  |      |  |      |  |      |  |

| TOTAL APORTES A PENSION |  |                |  |                |  |            |  |      |  | TOTAL APORTES A SALUD |  |      |  |      |  |      |  |      |  |
|-------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------|--|------|--|-----------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|
| CÓDIGO                  |  | ADMINISTRADORA |  | No. COTIZANTES |  | COTIZACIÓN |  | FSP  |  | MORA                  |  | FSP  |  | MORA |  | FSP  |  | MORA |  |
| E02001                  |  | PROTECCIÓN     |  | 1              |  | \$ 355.400 |  | \$ 0 |  | \$ 0                  |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  | \$ 0 |  |
| SUBTOTALES:             |  |                |  |                |  |            |  |      |  |                       |  |      |  |      |  |      |  |      |  |

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| TOTAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \$ 646.400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>No. CONTRATO</b>             | 980 de 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                                                  |
| <b>CONTRATISTA:</b>             | MARIBEL MEJIA ORTIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>NIT / C.C No. :</b>         | 43970665-5                                       |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>      | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO, PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA EN LA EVALUACIÓN A LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS DE ACTIVIDADES DE SU COMPETENCIA. |                                |                                                  |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>       | NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$9.203.333)                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                                  |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>    | 2024-11-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b> | 46 días                                          |
| <b>FECHA DE INICIO:</b>         | 2024-11-15                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>   | 2024-12-31                                       |
| <b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>   | DE: 2024-12-15                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>HASTA:</b>                  | 2024-12-31                                       |
| <b>PAGO NÚMERO:</b>             | DOS (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>DEPENDENCIA:</b>            | DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS |
| <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b> | GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |

| 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                           | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACCIONES REALIZADAS                                | EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                               |
| 1                             | Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia. | Durante este periodo no se realizó esta actividad. | N/A                                                                                                                                                                                                      |
| 2                             | Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.                                                                                                                                                               |                                                    | FIEs con evaluación de los trámites asignados en carpeta compartida de SharePoint del Grupo Sala Especializada de Medicamentos: Documentos > FIES 2024 > DICIEMBRE> BIOEQUIVALENCIA> MARIBEL MEJIA ORTIZ |
| 3                             | Construir el agendamiento de solicitudes que requieren                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Durante este periodo no se realizó esta actividad. | N/A                                                                                                                                                                                                      |

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4 | Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.                                                                                           | Se elaboraron y gestionaron respuestas a trámites de evaluación de estudios de bioequivalencia a través de correspondencia interna, correo para agendamiento y/o acto administrativo | Correspondencia saliente asociada a respuesta a los siguientes tramites:<br>20221275448<br>20221155631<br>20211091151<br>20211091078<br>20211140495<br><br>Aplicativo de Registros Auto Administrativo<br>Trámites:<br>20221171465<br>20231070280<br>20231126936 |
| 5 | Participar activamente en la implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en la implementación de proyectos, de conformidad con las normas vigentes relacionadas con el objeto contractual. | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6 | Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicados por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad.                                                                                                 | Se participa en cada una de las reuniones programadas: reunión con usuario                                                                                                           | Listados de asistencia a reuniones internas y externas, actas de asistencia en el aplicativo Microsoft Teams.                                                                                                                                                    |
| 7 | Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la Comisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección.                                                                                                 | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 8 | Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.                                                                                                                                               | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9 | Asistir al Grupo de Apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora en las demás actividades que tengan relación                                                                                                                                                                                     | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                              |

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

|  |                                                                |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|
|  | con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor. |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|

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          |
| 2.    | N/A                       | N/A                     | N/A                       | 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 a los meses de Noviembre del año 2024.

| Pag o 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         | \$5.520.000         | \$2.208.000        | 30                          | \$ 633.000.                                   | 7953260195   | Soi planilla                      |

### 5. BALANCE FINANCIERO

|                                                            |              |
|------------------------------------------------------------|--------------|
| Valor total del contrato                                   | \$ 9.203.333 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | \$ 8.651.133 |
| Saldo del contrato                                         | \$552.200    |

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

**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 |
| 02                                                     | X                       |    |

Atentamente,

**Maribel Mejía Ortiz**  
Contratista  
C.C. No. 43970665

Recibí a satisfacción:

**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**  
Coordinadora Grupo de Apoyo Salas Especializadas de Medicamentos  
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos  
Supervisor(a) Contrato 410 de 2024

|  |                                      |             |                              |  |
|--|--------------------------------------|-------------|------------------------------|--|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA               |             | GESTIÓN CONTRACTUAL          |  |
|  | FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN |             |                              |  |
|  | Código: GAD-GCT-FM14                 | Versión: 02 | Fecha de emisión: 2022-11-17 |  |

| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| No. CONTRATO:                   | 980 de 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                  |
| CONTRATISTA:                    | MARIBEL MEJIA ORTIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIT / CC No.:           | 43970665-5                                       |
| OBJETO CONTRACTUAL:             | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO, PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA EN LA EVALUACIÓN A LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS DE ACTIVIDADES DE SU COMPETENCIA. |                         |                                                  |
| VALOR DEL CONTRATO              | NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL TRESCIEENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$9.203.333)                                                                                                                                                                                                                                       |                         |                                                  |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN:           | 2024-11-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS | 46 días                                          |
| FECHA DE INICIO:                | 2024-11-15                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FECHA DE TERMINACIÓN:   | 2024-12-31                                       |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO:        | GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DEPENDENCIA:            | Dirección de medicamentos y productos biológicos |

| 2. SUSPENSIONES |       |       |               |
|-----------------|-------|-------|---------------|
| ACTA            | FECHA | PLAZO | JUSTIFICACIÓN |
| NA              | NA    | NA    | NA            |

| 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 | SEGUROS DEL ESTADO | No. de póliza | 1-44-101455965 |

|  |                                             |                                               |
|--|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                      | GESTIÓN CONTRACTUAL                           |
|  | <b>FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b> |                                               |
|  | Código: GAD-GCT-FM14                        | Versión: 02      Fecha de emisión: 2022-11-17 |

| AMPAROS                   | VALOR<br>ASEGURADO | VIGENCIA   |            |
|---------------------------|--------------------|------------|------------|
|                           |                    | DESDE      | HASTA      |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | \$1.840.666        | 11/08/2024 | 30/06/2025 |
| CALIDAD EN EL SERVICIO    | \$ 2.760.999       | 11/08/2024 | 30/06/2025 |

#### 6. SANCIONES

SI \_\_\_\_\_ NO   X  

#### 7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SI   X   NO \_\_\_\_\_

| 8. BALANCE FINANCIERO                       |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| CONCEPTO                                    | VALOR CONTRATO |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                  | \$ 9.203.333   |
| ADICIONES                                   | \$0            |
| MODIFICACIONES                              | \$0            |
| SUBTOTAL                                    | \$ 9.203.333   |
| VALOR EJECUTADO                             | \$ 9.203.333   |
| 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<br>ESPECIFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD/ PRODUCTO<br>DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA<br>OBLIGACIÓN               |
| 1                                        | Realizar evaluación técnica especializada de los documentos aportados por el interesado para la obtención de las evaluaciones farmacológicas o farmacéuticas y trámites asociados, de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y atendiendo el plan de trabajo asignado para el cumplimiento de las metas POA de la dependencia. | Durante este periodo no se realizó esta actividad.                                    |
| 2                                        | Elaborar preconceptos y conceptos técnicos de estudios y protocolos de biodisponibilidad y bioequivalencia para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.                                                                                                                                                               | Se realizó la evaluación de los preconceptos y estudios de bioequivalencia asignados. |

|  |                                      |  |                     |                              |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA               |  | GESTIÓN CONTRACTUAL |                              |
|  | FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN |  |                     |                              |
|  | Código: GAD-GCT-FM14                 |  | Versión: 02         | Fecha de emisión: 2022-11-17 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Construir el agendamiento de solicitudes que requieren conceptos de las salas especializadas de la comisión revisora.                                                                                                                                                                                     | Durante este periodo no se realizó esta actividad.                                                                                                                      |
| 4 | Proyectar los actos administrativos de las solicitudes de modificaciones de estudios de bioequivalencia, insertos e información para prescribir para los trámites de registros sanitarios y trámites asociados.                                                                                           | Se elaboraron y gestionaron respuestas a trámites de evaluación de estudios de bioequivalencia a través de correspondencia interna y se dio respuesta a PQRS asignadas. |
| 5 | Participar activamente en la implementación de proyectos, guías, formatos, bases de datos, análisis normativos asignadas a la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, y apoyo en la implementación de proyectos, de conformidad con las normas vigentes relacionadas con el objeto contractual. | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                           |
| 6 | Asistir y asesorar desde su área de conocimiento en las reuniones internas o externas que le sean indicados por el supervisor del contrato, atendiendo en todos los casos los lineamientos de la entidad.                                                                                                 | Se participa en cada una de las reuniones programadas: reunión con usuario                                                                                              |
| 7 | Participar en la elaboración de reglamentos técnicos y normalización relacionados con las Salas Especializadas de la Comisión Revisora que se relacionen con los productos competencia de esta Dirección.                                                                                                 | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                           |
| 8 | Actualizar las bases de datos y demás sistemas de información con los que la Dependencia cuenta para registrar la información relacionada con los trámites.                                                                                                                                               | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                           |
| 9 | Asistir al Grupo de Apoyo a Salas especializadas de la Comisión Revisora en las demás actividades que tengan relación con el objeto contractual y sean requeridas por el supervisor.                                                                                                                      | Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas                                                                                                           |

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

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| <b>10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)</b> |
|--------------------------------------------------|

Ninguna

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD</b> |
|---------------------------------------------|

|                                                                                   |                                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                      | GESTIÓN CONTRACTUAL                           |
|                                                                                   | <b>FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b> |                                               |
|                                                                                   | Código: GAD-GCT-FM14                        | Versión: 02      Fecha de emisión: 2022-11-17 |

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 todas las certificaciones de cumplimiento 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<br>CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES | PUBLICACIÓN EN<br>SECOP II |    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|----|
|                                                              | SI                         | NO |
| 1                                                            | X                          |    |
| 2                                                            | 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<sup>1</sup> 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 410 de 2024, 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 410 de 2024 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.

**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, a los 12 días del mes agosto de 2024.

<sup>1</sup> 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

|                                                                                   |                                      |  |                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA               |  | GESTIÓN CONTRACTUAL |                              |
|                                                                                   | FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN |  |                     |                              |
|                                                                                   | Código: GAD-GCT-FM14                 |  | Versión: 02         | Fecha de emisión: 2022-11-17 |

*Gloria Cecilia Peñuela S*

**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**

**Coordinadora Grupo de Apoyo Salas Especializadas de Medicamentos**

**Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos**

**Supervisor(a) Contrato 410 de 2024**