

|                                                                                   |                                                                          |             |                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|--|
|  | GESTION ADMINISTRATIVA                                                   |             | GESTION 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          | ANGELICA NOHEMY BENJUMEA TUIRAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 | NIT/ CC No.                                | 33082081             |            |
| CORREO ELECTRÓNICO   | <a href="mailto:abenjumeat@invima.gov.co">abenjumeat@invima.gov.co</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 | TELÉFONO                                   | 3123483063           |            |
| 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         | 232 DE2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | TERMINO DE EJECUCIÓN                       | 10 MESES             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL |                 |                                            |                      |            |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN | 2026-01-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA DE INICIO | 2026-01-22                                 | FECHA DE TERMINACIÓN | 2026-11-21 |

|                          |               |                             |               |                           |                              |
|--------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|---------------------------|------------------------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 59.470.000 | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO | \$ 53.523.000 | VALOR A PAGAR             | \$ 5.947.000                 |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO | \$ 47.576.000 | VALOR PAGADO                | \$ 11.894.000 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA | (PAGO 2)                     |
| TIPO DE PAGO             | PARCIAL       | FACTURA / CUENTA N°.        | N/A           | PERIODO OBJETO DE PAGO    | DEL 2026-02-22 al 2026-03-21 |
| BANCO                    | DAVIVIENDA.   | TIPO DE CUENTA              | AHORROS       | No DE CUENTA              | 0550488429224964             |

| 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  |
| Pago Parafiscales                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A |
| SGSSI                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI  |
| Carné                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/A |
| Facturas                                                                                                                                                                                                                                                                    | N/A |
| Ingreso a Almacén                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A |
| Documentos a cargo                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A |
| Otros. ¿Cuales?                                                                                                                                                                                                                                                             | N/A |
| indique las observaciones respectivas                                                                                                                                                                                                                                       |     |

| 4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL |                 |               |              |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|-----------|
| NÚMERO DE PLANILLA                                                   | 75911691        |               |              |           |
| ITEM                                                                 | PERIODO DE PAGO | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | ENTIDAD   |
| SALUD                                                                | feb-2026        | 2026-04-17    | \$ 303.200   | NUEVA EPS |
| PENSIÓN                                                              | feb-2026        | 2026-04-17    | \$ 338.100   | PORVENIR  |
| ARL                                                                  | feb-2026        | 2026- 04- 17  | \$ 12.800    | SURA      |

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) |  |

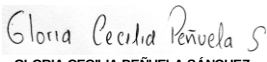
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
- 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.
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo 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 |
|                                                   | 2026 | 04 | 16 |

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

|                                                                                                                                                                                                                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| NOMBRE Y FIRMA DESL SUPERVISOR CARGO Y DEPENDENCIA                                                                                                                                                                                     | Consecutivo: |
| <br>GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ<br>Profesional Especializado<br>Coordinadora Grupo de Apoyo de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora. |              |

**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 DEL APORTANTE |                   |                                 |                 |              |                         |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN       | TELÉFONO     | CORREO                  | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 33082081          | ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN | calle 146 12 49 | 9349414      | angietwiran@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO      |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |                 | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.            |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 75911691        | 17/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$0                      | \$704.500          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 297.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 30        | 6.000                 | 0              | 303.400       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 380.700                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 30        | 7.600                 | 0              | 388.300       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 12.500                 |                  |       |                        | 12.500                | 30        | 300                   | 12.800              |                            |                     | 125               | 12.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 30        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 30        | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 297.400                             | 303.400       |
| Pensión                | 1                              | 380.700                             | 388.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 12.500                              | 12.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 690.600                             | 704.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |                 |              |                         |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN       | TELÉFONO     | CORREO                  | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 33082081          | ANGELICA NOHEMI BENJUMEA TUIRAN | calle 146 12 49 | 9349414      | angietwiran@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO      |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |                 | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.            |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 75911691        | 17/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$0                      | \$704.500          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                    |           |       |            |                       |           |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------|-------|------------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|-----------|------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                    |           |       |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |     |     | RIESGOS LABORALES |             |           |      | CCF        |                        |                         |                                      | PARAFISCALES                          |          |           |      |                           |          |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Salud | Extranjero | Columna anterior      | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TOP     | TAP | USP | SJA | ICE | LMA | VAC   | AVP | VCT | IRL | CORRECCION        | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |   |
| 1                     | CC 33082081                           | BENJUMEA TUIRAN ANGELICA<br>NOHEMI | 59        | 0     |            |                       | N         | X   |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   | 230301      | 2.378.800 | 30   | 380.700    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS037   | 2.378.800 | 30   | 297.400                   | 14-11    | 2.378.800 | 30   | 1          | 12.500        |         | 0    | 0             | 0                         |                | 0              | 0              | 0             | 0 | 0 |

PAGADA

|  |                                         |  |                     |                              |
|--|-----------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |             |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|
| No. CONTRATO                    | (No. de contrato y año)<br>232 DE2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |             |
| CONTRATISTA:                    | ANGELICA BENJUMEA<br>TUIRAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIT / C.C No. :         | 33082081    |
| OBJETO CONTRACTUAL:             | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISION REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, PRE- EVALUANDO LAS SOLICITUDES DE NUEVOS TRÁMITES O MODIFICACIONES DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA Y PRODUCTOS BIOLOGICOS, REALIZANDO LOS ANÁLISIS DE LA INFORMACION FARMACOLÓGICA APORTADA Y EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA REALIZAR EL AGENDAMIENTO DE LOS TRÁMITES ASOCIADOS A LAS SOLICITUDES PARA SER PRESENTADAS EN LA COMISIÓN, CON EL FIN DE FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ORIENTADOS AL ASEGURAMIENTO SANITARIO |                         |             |
| VALOR DEL CONTRATO              | \$ 59.470.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |             |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN:           | 19/01/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS | 304         |
| FECHA DE INICIO:                | 22/01/2026.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA DE TERMINACIÓN:   | 21/11/2026. |
| FECHA PERIODO DE PAGO.          | DE: 22/02/2026.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HASTA:                  | 21/03/2026. |
| PAGO NÚMERO:                    | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DEPENDENCIA:            |             |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO:        | GLORIA CECILIA PEÑUELA<br>SANCHEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |             |

| 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                           | OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                              | ACCIONES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                        | EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1                             | Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato. | Se dio cumplimiento a las actividades establecidas, ejecutando las tareas asignadas durante el periodo reportado, evaluar tramites, responder correspondencia, asistir a reuniones, capacitaciones, seguimiento a los canales de comunicación, asistencia a capacitaciones | Reportes de avances en la entrega del periodo reportado, correos de seguimiento, listados de asistencias, actos administrativos generados, respuesta a usuarios externos e internos y entregables asociados a las actividades desarrolladas |
| 2                             | Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato,         | Se ejecutaron las actividades contempladas en el plan de trabajo mensual, incluyendo la                                                                                                                                                                                    | Registros en aplicativos, búsqueda de información en plataformas, Información dejada en las carpetas respectivas de                                                                                                                         |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GESTIÓN CONTRACTUAL |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                   | FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                   | Código: GAD-GCT-FM9                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Versión: 01         | Fecha de emisión: 2022/02/01                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                   | entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamientos de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia de los Medicamentos de síntesis química y/o productos biológicos y/o suplementos dietarios, conforme la solicitud del titular. | revisión de información farmacológica y la gestión de trámites de modificaciones, conforme a los requerimientos recibidos a la solicitud del titular durante el tiempo reportado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     | share point, actos administrativos para los titulares de las moléculas evaluadas.                                                                                                                                                    |
| 3.                                                                                | Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos.                | <div>20251072866<br/>ALLEGRA D TABLETAS</div> <div>20251043032<br/>VASTAREL® MR</div> <div>20251063262<br/>COSENTYS</div> <div>20251063811<br/>AUBAGIO®</div> <div>20251073380<br/>UROMAX®</div> <div>20251075428<br/>INCRELEX® 10</div> <div>20241346410<br/>REFRESH LIQUIGEL®<br/>OFTALMICA</div> <div>20241346666<br/>OPTIVE FUSION® UD</div> <div>20241346897<br/>OPTIVE® LIQUIGEL</div> <div>20241347059<br/>LACRIL® LIQUIFILM</div> <div>20241274438<br/>ADVIL LIQUID FILL®</div> <div>20241337363<br/>DOLEX® FORTE NF</div> <div>20251063791<br/>ONCASPAS® 750 U/ML</div> |                     | DOCUEMTNOS FIES                                                                                                                                                                                                                      |
| 4.                                                                                | Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros Sanitarios de Síntesis Química y Productos Biológicos.                                                                                                                                                    | Las bases de datos en registros web, share point, quedan alimentadas en el periodo reportado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | En Aplicativo de Registros Sanitarios quedan gestionadas y registros al día actualizando datos por expediente, dejando evidencia de las modificaciones realizadas a insertos en el aplicativo, carpetas de evaluación farmacológica. |
| 5.                                                                                | Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente. Asimismo, generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos                                                 | Se aplican los procedimientos y se usan los formatos indicados del sistema de gestión de calidad para cada actividad según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     | En los documentos usados y generados, se puede observar el uso debido de sistema de gestión de calidad.                                                                                                                              |

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

|    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                 |                                           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|    | que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.                                                                                        |                                                                                                                                 |                                           |
| 6. | Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual. | Se participó en los comités, reuniones y demás espacios convocados por la supervisión, atendiendo oportunamente las citaciones. | Registros de asistencias, actas firmadas. |

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.   |                           |                         | AAAA-MM-DD                | AAAA-MM-DD   |
|      |                           |                         |                           |              |

### 4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de Febrero del año 2026

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

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días de base de cotización | Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|----------|---------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 2        | \$ 5.947.000        | 40%                | 28                             | \$ 704.100                                    | 75911691     | Compensar. Miplanilla.co m       |

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

**Nota:** en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

## 5. BALANCE FINANCIERO

|                                                            |                |
|------------------------------------------------------------|----------------|
| Valor total del contrato                                   | \$ 59.470.000  |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | \$ 11.894.000  |
| Saldo del contrato                                         | -\$ 47.576.000 |

## 6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

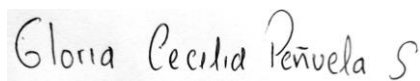
| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II |    |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|----|
|                                                        | SI (x)                  | NO |
|                                                        |                         |    |

Atentamente,

Firma 

Nombres y apellidos del contratista: Contratista  
C.C. No.

Recibí a satisfacción:



**GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ**

Profesional Especializado  
Coordinadora Grupo de Apoyo  
de las Salas Especializadas de la  
Comisión Revisora.

Dependencia

Supervisor(a) Contrato 232 de 2026



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01