



|   |  | GESTIÓN CONTRACTUAL  |  |                              |                                      |
|--|--|--|--|------------------------------|--------------------------------------|
|  |  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN |  |                              |                                      |
| Código: GCON-FOR15   |  | Versión: 01  |  | Fecha de emisión: 2026-06-01 |                                      |
| <b>1. DATOS GENERALES</b>  |  |  |  |                              |                                      |
| CONTRATISTA  | Lizeth Natalia Guevara Linares   |  | NI/ CC No.                                 | 1030678730                   |                                      |
| CORREO ELECTRÓNICO   | <a href="mailto:lquevaral@invima.gov.co">lquevaral@invima.gov.co</a>   |  | TELÉFONO                                   | 3133714587                   |                                      |
| 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   | 183 del 2026   |  | TERMINO DE EJECUCIÓN                       | 2026/18/11                   |                                      |
| OBJETO DEL CONTRATO  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, EN LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC) Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS, TENDIENTES A CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN ESTUDIOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS EN SERES HUMANOS, ASI COMO, APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS CERTIFICADOS |  |  |                              |                                      |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN   | 2026-01-18   | FECHA DE INICIO  | 2026-01-19                                 | FECHA DE TERMINACIÓN         | 2026-11-18                           |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO   | \$ 59.470.000  | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO                                      | \$ 35.682.000                              | VALOR A PAGAR                | \$ 5.947.000                         |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO   | \$ 29.735.000  | VALOR PAGADO   | 29.735.000                                 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA    | (PAGO 5)                             |
| TIPO DE PAGO   | PARCIAL  | FACTURA / CUENTA N°.   | 5  | PERIODO OBJETO DE PAGO       | (19 de mayo al 18 de junio del 2026) |
| BANCO  | Davienda   | TIPO DE CUENTA   | Ahorros                                    | No DE CUENTA                 | 488452537076                         |
| <b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>   |  |  |  |                              |                                      |
| (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)  |  |  |  |                              |                                      |
| 1. Debido a encontrarse afiliados a la ARL el riesgo 5, no se encuentra en la planilla ya que el instituto es el que se encarga del pago de la misma.  |  |  |  |                              |                                      |
| <b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>   |  |  |  |                              |                                      |
| En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:  |  |  |  |                              |                                      |
| Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato  |  |  |  |                              |                                      |
| Informe de actividades   | SI   | Facturas   | N/A  |                              |                                      |
| Pago Parafiscales  | N/A  | Ingreso a Almacén  | N/A  |                              |                                      |
| SGSSI  | SI   | Documentos a cargo   | N/A  |                              |                                      |
| Carné  | N/A  | Otros. Cuales?   | NO   |                              |                                      |
| indique las observaciones respectivas  |  |  |  |                              |                                      |
| <b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>   |  |  |  |                              |                                      |
| NÚMERO DE PLANILLA   | 85784765   |  |  |                              |                                      |
| ITEM   | PERIODO DE PAGO  | FECHA DE PAGO  | VALOR PAGADO                               | ENTIDAD                      |                                      |
| SALUD  | 2026-05  | 2026-06-01   | 297.400                                    | Sanitas EPS                  |                                      |
| PENSIÓN  | 2026-05  | 2026-06-01   | 380.700                                    | Colpensiones                 |                                      |
| ARL  | Riesgo 5 asumido por INVIMA  | Riesgo 5 asumido por INVIMA                                      | Riesgo 5 asumido por INVIMA                | Positiva                     |                                      |
| 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.  |  |  |  |                              |                                      |
| <b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>  |  |  |  |                              |                                      |
| (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: <input type="checkbox"/>   |  |  |  |                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 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                                   |
|  |  |  | 2026                                       | 6                            | 19                                   |
| Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal  |  |  |  |                              |                                      |
| <br>Laura Meliza Cruz Bernal<br>Coordinadora (E) Grupo de Investigación Clínica<br>Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos<br>Supervisora Contrato 183 de 2026   |  |  | Nombre                                     |                              |                                      |
|  |  |  | Fecha de revisado:                         |                              |                                      |
|  |  |  | Consecutivo:                               |                              |                                      |
| <b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.<br><b>NOTA 2.</b> 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 |                   |                                |        |                                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                      |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN                       | TELÉFONO           |                                     | CORREO               |
| CC                  | 1030678730        | LIZETH NATALIA GUEVARA LINARES |        | Calle 20 Sur # 51 D - 02 Int 38 | 9238809            |                                     | linnah1214@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 85784765        | 01/06/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                            | I               | \$0                       | \$678.100          |              |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 297.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 297.400       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 380.700                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 380.700       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 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                             | 297.400        |
| Pensión                | 1                              | 380.700                             | 380.700        |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0              |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>2</b>                       | <b>678.100</b>                      | <b>678.100</b> |

