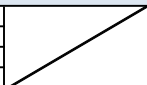
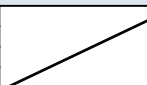


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cindy Julieth Buritica González                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    | NIT/ CC No.                                | 1121831563                |                                                                                      |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | cburiticag@invima.gov.co                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                    | TELÉFONO                                   | 3106255503                |                                                                                      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 491 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    | TERMINO DE EJECUCIÓN                       | 2026-12-31                |                                                                                      |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Prestar los servicios profesionales para el estudio y emisión de los vistos buenos y autorizaciones de registro o licencia de importación y exportación de productos competencia del Instituto, verificando la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados a la Dirección de Operaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA. |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026-01-30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA DE INICIO                                                                    | 2026-01-30                                 | FECHA DE TERMINACIÓN      | 2026-12-31                                                                           |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 45,476,700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO                                                        | \$ 33,185,700                              | VALOR A PAGAR             | \$ 4,097,000                                                                         |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 29,088,700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VALOR PAGADO                                                                       | 16,388,000                                 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA | PAGO 4                                                                               |
| TIPO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FACTURA / CUENTA N°.                                                               | N/A                                        | PERIODO OBJETO DE PAGO    | 30 de Abril de 2026 hasta 29 de Mayo de 2026                                         |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Davivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TIPO DE CUENTA                                                                     | Ahorros                                    | No DE CUENTA              | 550462400041663                                                                      |
| 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                                   | N/A                       |  |
| Pago Parafiscales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    | Ingreso a Almacén                          | N/A                       |                                                                                      |
| SGSSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    | Documentos a cargo                         | NO                        |                                                                                      |
| Carné                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | Otros. Cuales?                             | N/A                       |                                                                                      |
| Indique las observaciones respectivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
| 4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
| NÚMERO DE PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 79126615                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FECHA DE PAGO                                                                      | VALOR PAGADO                               | ENTIDAD                   |                                                                                      |
| SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ABRIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026-05-07                                                                         | \$ 225,000                                 | SALUDTOTAL                |                                                                                      |
| PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ABRIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026-05-07                                                                         | \$ 288,000                                 | COLPENSIONES              |                                                                                      |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ABRIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026-05-07                                                                         | \$ 9,400                                   | POSITIVA                  |                                                                                      |
| Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales.<br>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: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |                                            |                           |                                                                                      |
| 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. <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                                                                               | 5                                          | 30                        |                                                                                      |
| <br><b>Cesar Andres Cubides Martinez</b><br>Coordinador del Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importacion y Exportación                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal                            |                                            |                           |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre                                                                             |                                            |                           |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha de revisado:                                                                 |                                            | AAAA-MM-DD                |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Consecutivo:                                                                       |                                            |                           |                                                                                      |
| NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.<br>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                              |
| CC                  | 1121831563        | CINDY JULIETH BURITICA GONZALEZ |        | Carrera 102 #154-31 | 4520806            | cinjuli@hotmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                 |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 79126615        | 07/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$1,800,000               | \$558.400          |              |

## 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 | 225.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 225.000       | 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 | 288.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 288.000       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.400                  |                  |       |                        | 9.400                 | 0         | 0                     | 9.400               |                            |                     | 94                | 9.400         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF21         | Cafam  | 860013570-3 | 36.000       | 0         | 0                 | 36.000        | 1             |

| 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                              | 225.000                             | 225.000       |
| Pensión                | 1                              | 288.000                             | 288.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.400                               | 9.400         |
| CCF                    | 1                              | 36.000                              | 36.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 558.400                             | 558.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1121831563        | CINDY JULIETH BURITICA GONZALEZ |        | Carrera 102 #154-31 | 4520806            | cinjuli@hotmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                 |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                 |        |                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 79126615        | 07/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$1,800,000              | \$558.400          |              |

| 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 | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAE | TAP | UPP | VST     | SEN | ICE | LVA | 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 | Clase de Riesgo | 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<br>1121831563                      | BURITICA GONZALEZ CINDY<br>JULIETH | 59        | 0       |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |            | 25-14       | 1.800.000 | 30                | 288.000    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS005   | 1.800.000 | 30           | 225.000                   | 14-23    | 1.800.000 | 30   | 1               | 9.400      | CCF21         | 1.800.000 | 30   | 36.000        | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             |

|  |                                         |  |                     |                              |
|--|-----------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | 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                    | 491 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                         |                                     |
| CONTRATISTA:                    | Cindy Julieth Buriticá González                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            | NIT / C.C No.:          | 1121831563                          |
| OBJETO CONTRACTUAL:             | Prestar los servicios profesionales para el estudio y emisión de los vistos buenos y autorizaciones de registro o licencia de importación y exportación de productos competencia del Instituto, verificando la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados a la Dirección de Operaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA |            |                         |                                     |
| VALOR DEL CONTRATO              | \$ 45.476.700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                         |                                     |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN:           | 30 de enero de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS | 11 meses y 3 días                   |
| FECHA DE INICIO:                | 2026-01-30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            | FECHA DE TERMINACIÓN:   | 2026-12-31                          |
| FECHA PERIODO DE PAGO.          | DE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2026-04-30 | HASTA:                  | 2026-05-29                          |
| PAGO NÚMERO:                    | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | DEPENDENCIA:            | Dirección de Operaciones Sanitarias |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO:        | Cesar Andrés Cubides Martínez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                         |                                     |

| 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|--|--|-----------|-----|---------|----|-------------|----|---------|----|-----------|----|------------|---|----------|---|-----------|-----|
| No.                           | OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACCIONES REALIZADAS                                                                                                                                                                              | EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| 1                             | Estudiar las solicitudes de visto bueno de importación (registro, licencia, modificación o cancelación) para medicamentos fitoterapeuticos, homeopáticos, dispositivos médicos, equipos, biomédicos, reactivos, componentes anatómicos, cosméticos, productos de aseo, higiene y limpieza, plaguicidas, suplementos dietarios, partes y repuestos de equipos biomédicos, allegados a traves de la ventanilla única de comercio exterior VUCE o las herramientas que se dispongan, de conformidad con la normatividad y procedimientos vigentes. | Se realizaron estudios y se emitieron conceptos a las intenciones de importación a través de la Ventanilla Única de Comercio Exterior VUCE 2.0                                                   | <div>Nota: El registro de las solicitudes de Importaciones evaluadas se presenta mensualmente mediante un enlace emitido por la coordinación del Grupo de Trabajo y pueden ser verificadas a través de la plataforma del MINCIT VUCE 2.0.</div> <table><tr><th colspan="4">Solicitudes</th></tr><tr><td>Aprobadas</td><td>690</td><td>Negadas</td><td>39</td></tr><tr><td>No requiere</td><td>64</td><td>Parcial</td><td>18</td></tr><tr><td>Requerida</td><td>72</td><td>Reapertura</td><td>0</td></tr><tr><td>Vencidas</td><td>0</td><td>Evacuadas</td><td>883</td></tr></table> |  | Solicitudes |  |  |  | Aprobadas | 690 | Negadas | 39 | No requiere | 64 | Parcial | 18 | Requerida | 72 | Reapertura | 0 | Vencidas | 0 | Evacuadas | 883 |
| Solicitudes                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| Aprobadas                     | 690                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Negadas                                                                                                                                                                                          | 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| No requiere                   | 64                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Parcial                                                                                                                                                                                          | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| Requerida                     | 72                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Reapertura                                                                                                                                                                                       | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| Vencidas                      | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Evacuadas                                                                                                                                                                                        | 883                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| 2                             | Realizar la verificación de la información técnica y reglamentaria de los documentos allegados con el fin de cumplir con los permisos requeridos para los tramites de autorizaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realiza la verificación de la información en el SESUITE y en la plataforma de registros sanitarios para validar el cumplimiento de los requisitos exigidos para los trámites de autorización. | Consultas realizadas en SESUITE y en la plataforma de registros sanitarios, que evidencian la validación técnica para la emisión del concepto en los trámites.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |
| 3                             | Proyectar concepto técnico sanitario para las solicitudes de autorización de importación y exportación de medicamentos, Fitoterapéuticos, homeopáticos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, reactivos,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realizó el estudio técnico y emisión de concepto para autorizaciones de                                                                                                                       | Aplicativo de registros sanitarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |             |  |  |  |           |     |         |    |             |    |         |    |           |    |            |   |          |   |           |     |

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | componentes anatómicos, cosméticos, productos de aseo, higiene y limpieza, plaguicidas, suplementos dietarios, partes y repuestos de equipos biomédicos; radicadas ante el Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importación y Exportación, asignadas por los canales dispuestos por el Invima. | Dispositivos Médicos DM, asignadas a través, del aplicativo de registros sanitarios.                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- DM - Sobre Medida Bucal: 21</li> <li>- Trazas: 44</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| 4 | Atender las consultas, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias asociadas a los trámites de visto bueno y autorización de importación y exportación, allegadas al Grupo de Trabajo, en concordancia con la normatividad vigente.                                                      | Se atendieron solicitudes de Correspondencia y PQRDS asociadas a las actividades de comercio exterior.                                              | Se da respuesta a 57 casos de atención al usuario, en uso de los diferentes canales del Instituto (Correspondencia y PQRDS) relacionadas con las actividades del Grupo de Trabajo                                                                          |
| 5 | Apoyar actividades de apoyo a la inspección, vigilancia y control relacionadas con la gestión de las solicitudes de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación de productos competencia del Invima.                                                                                 | No se realizaron acciones relacionadas a esta obligación en este periodo de tiempo.                                                                 | No se tiene ninguna evidencia dado que no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.                                                                                                                                                      |
| 6 | Atender las actividades del Grupo de Trabajo utilizando las herramientas tecnológicas suministradas por el Invima para gestionar los trámites internos y externos que le sean asignados al grupo                                                                                                   | Uso de Se-Suite como herramienta de solución.                                                                                                       | Se gestiona las actividades asignadas por el supervisor de contrato a través de la plataforma Se-Suite                                                                                                                                                     |
| 7 | Remitir los informes de actividades y resultados asociada a la atención de las solicitudes asignados y atendidos durante la vigencia conforme a la reglamentación, sus procedimientos y lo indicado por el supervisor del contrato.                                                                | Se presenta información de actividades realizadas para control de indicador y gestión del Informe de actividades                                    | Se diligencia los datos del POA para Reporte de indicadores y actividades para el envío del informe de gestión del Grupo de Trabajo, de acuerdo con las instrucciones del supervisor.                                                                      |
| 8 | Asistir a las reuniones, comités, audiencias, foros, mesas de trabajo, asociadas con la atención de las solicitudes de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación asignadas por el supervisor del contrato.                                                                         | Se participa en reuniones y capacitación asociadas en el desarrollo de las actividades de visto bueno y autorizaciones de importación y exportación | <p>Asistencia a la reunión de la Dirección de Operaciones Sanitarias</p> <p>Asistencia al Taller de Bienestar Social EFR del Grupo de Talento Humano, relacionada con el "Trabajo en equipo y manejo del tiempo - Dirección de Operaciones Sanitarias"</p> |

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          |

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

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

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 Abril del año 2026.

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días base de cotización | Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|----------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 4        | \$ 4'097.000        | \$ 1'800.000       | 30                          | \$ 558.400                                    | 79126615     | Mi planilla                      |

#### 5. BALANCE FINANCIERO

|                                                            |               |
|------------------------------------------------------------|---------------|
| Valor total del contrato                                   | \$ 45'476.700 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | \$ 16'388.000 |
| Saldo del contrato                                         | \$ 29'088.700 |

#### 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 |
| 1                                                      | X                       |    |
| 2                                                      | X                       |    |
| 3                                                      | X                       |    |
| 4                                                      | X                       |    |

Atentamente,



**Firma**  
**Cindy Julieth Buriticá González**  
**Contratista**  
**C.C. No. 1121831563**

Recibí a satisfacción:



**Firma**  
**Cesar Andrés Cubides Martínez**  
**Cargo** Coordinador del Grupo de Autorizaciones y Licencias para Importación y Exportación  
**Dependencia** Dirección de Operaciones Sanitarias  
**Supervisor(a) Contrato** 491 de 2026