

| GESTION ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GESTION CONTRACTUAL                                     |                      |                                   |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| Código: GAD-GCT-FM24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Versión: 01                                             |                      | Fecha de emisión: 2022-02-01      |                                             |
| <b>1. DATOS GENERALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Karen Vanessa Gómez Benavides                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | NIT/ CC No.          | 1030630700                        |                                             |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | kgomez@invima.gov.co                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         | TELÉFONO             | 3222641608                        |                                             |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión                                                                                                                                                                                                      |                                                         | No aplica            |                                   |                                             |
| No. CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 430 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | TERMINO DE EJECUCIÓN | 28 de diciembre de 2026/ 334 días |                                             |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN HEMODERIVADOS Y LIBERACIÓN DE LOTE DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS ASIGNADOS EN EL GRUPO DE LABORATORIO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA. |                                                         |                      |                                   |                                             |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026-01-27                                                                                                                                                                                                                                                                       | FECHA DE INICIO                                         | 2026-01-29           | FECHA DE TERMINACIÓN              | 2026-12-28                                  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$51,700,000                                                                                                                                                                                                                                                                     | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO                             | \$37,600,000         | PERIODO OBJETO DE PAGO            | \$4,700,000                                 |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$32,900,000                                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR PAGADO                                            | \$18,800,000         | No. PAGO QUE SE CERTIFICA         | PAGO 4                                      |
| TIPO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                          | FACTURA / CUENTA N°.                                    | No aplica            | PERIODO OBJETO DE PAGO            | 29 de abril del 2026 al 28 de mayo del 2026 |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Banco caja social                                                                                                                                                                                                                                                                | TIPO DE CUENTA                                          | Ahorros              | No DE CUENTA                      | 24123761684                                 |
| <b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| (Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| <b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| Informe de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                                                                                                                                                                                                                                                                               | Facturas                                                | N/A                  |                                   |                                             |
| Pago Parafiscales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ingreso a Almacén                                       | N/A                  |                                   |                                             |
| SGSSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentos a cargo                                      | N/A                  |                                   |                                             |
| Carné                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                              | Otros. Cuales?                                          | N/A                  |                                   |                                             |
| Indique las observaciones respectivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| <b>4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| NÚMERO DE PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1081684672                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                      |                                   |                                             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                  | FECHA DE PAGO                                           | VALOR PAGADO         | ENTIDAD                           |                                             |
| SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Mayo                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2026-05-29                                              | \$ 235.000,00        | Sanitas                           |                                             |
| PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mayo                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2026-05-29                                              | \$ 300.800,00        | Colpensiones                      |                                             |
| Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| <b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| (El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                      |                                   |                                             |
| 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.<br>2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.<br>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                                                    | 06                   | 17                                |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal |                      |                                   |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre                                                  |                      |                                   |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fecha de revisado:                                      |                      | AAAA-MM-DD                        |                                             |
| Diana Lucia Mesa Lautero<br>Coordinadora Laboratorio de productos biológicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Consecutivo:                                            |                      |                                   |                                             |

**NOTA 1.** Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.

**NOTA 2.** Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

PAGADO 29/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                       |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Razón Social        | KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES |                    |                       |
| Documento           | CC1030630700                  | Dirección          | CL 46B SUR #78 L - 55 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 3196279378            |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                   | Departamento       | BOGOTA D.C.           |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                       |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA              |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |                | Riesgos              |                |                | Cajas                |              |            | Parafiscales |                |                |                      | Total       |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|--------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | P | TAE | TOP | TAP | VSP | COR | VST | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IPP       | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión          | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud            | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 1030630700      | KAREN VANESSA GOMEZ BENAVIDES | 03             | 00                |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 30       | 30       | 0        |                | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.880.000   | \$ 300.800     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.880.000 | \$ 235.000 | 0.000        | \$ 0           | \$ 0           | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 535.800 |

III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.880.000 | \$ 1.880.000 | \$ 0        | \$ 0      | \$ 300.800      | \$ 235.000    | \$ 0            | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 535.800                     | \$ 0                    | \$ 535.800  |

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

|  |                                         |  |                     |                              |
|--|-----------------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
|  | 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                    |  | 430 del 2026                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                     |
| CONTRATISTA:                    |  | Karen Vanessa Gómez Benavides                                                                                                                                                                                                                                                   | NIT / C.C No. :         | 1030630700                          |
| OBJETO CONTRACTUAL:             |  | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN HEMODERIVADOS Y LIBERACIÓN DE LOTE DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS ASIGNADOS EN EL GRUPO DE LABORATORIO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA |                         |                                     |
| VALOR DEL CONTRATO              |  | \$ 51.700.000                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                     |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN:           |  | 2026-01-27                                                                                                                                                                                                                                                                      | PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS | 334                                 |
| FECHA DE INICIO:                |  | 2026-01-29                                                                                                                                                                                                                                                                      | FECHA DE TERMINACIÓN:   | 2026-12-28                          |
| FECHA PERIODO DE PAGO.          |  | DE: 2026-04-29                                                                                                                                                                                                                                                                  | HASTA:                  | 2026-05-28                          |
| PAGO NÚMERO:                    |  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                               | DEPENDENCIA:            | Laboratorio de productos biológicos |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO:        |  | Diana Lucia Mesa Lautero                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                     |

| 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                           | OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                               | ACCIONES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1                             | Realizar la prueba analítica de determinación de osmolalidad a los productos biológicos de acuerdo con los procedimientos internos del laboratorio, que sean asignados por el supervisor del contrato. | ✓ Ejecución de determinación de Osmolalidad en las matrices de hemoderivados y vacunas, en las siguientes muestras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 202600101:Hepatec</li> <li>• 202600115:Proglob</li> <li>• 202600135:Liv-gamma</li> <li>• 202600228:Megalotect</li> <li>• 202600331:Gammaraas</li> <li>• 202600364:Plasmaglob</li> <li>• 202600372:Octanate 250 UI.</li> <li>• 202600377: Globulic.</li> </ul> | ✓ Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.<br>✓ Diligenciamiento de hoja de trabajo analítico PO04-DS-603-F015.<br>✓ Diligenciamiento del formato PO06-SS-603-F002 carta de control para Clinitol 290. |

|  |                                                                                                                                                                                        | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                        | FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                        | Código: GAD-GCT-FM9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Versión: 01      Fecha de emisión: 2022/02/01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |                                                                                                                                                                                        | GESTIÓN ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                        | FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                        | Código: GAD-GCT-FM9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Versión: 01      Fecha de emisión: 2022/02/01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2                                                                                 | Realizar la liberación de lote de productos biológicos hemoderivados de acuerdo con los procedimientos internos y la normativa vigente aplicable a los productos biológicos asignados. | ✓ Ejecución de evaluación de protocolo de concentrados de factores de coagulación para las siguientes muestras:<br>202600373 Octanate 500 UI,<br>202600419 Wilate 500 UI,<br>202600365 Octanate 500 UI,<br>202600372 Octanate 250 UI.                                                                                                                                                                                                                                | ✓ Diligenciamiento de formato evaluación de protocolo de concentrados de factores de coagulación, concentrados inhibidores de plasma y sellantes de fibrina PO04-DS-603-F087.<br><br>✓ Diligenciamiento de control de tendencia de producto siguiendo los lineamientos descritos en el formato PO04-DS-603-G004 "Guía para la evaluación de la consistencia lote a lote y tendencia de producto" |
| 3                                                                                 | Realizar ensayos analíticos como parte del proceso de verificación de los equipos asociados a las metodologías analíticas de acuerdo con los procedimientos internos del Laboratorio.  | ✓ Acompañamiento y apoyo en los ensayos de verificación en nuevo equipo Sysmex CS 2500 para el ensayo " Prueba de determinación de potencia de factor VIII en hemoderivados" en las siguientes muestras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 202403595 Haemate P 1000 UI</li> <li>• 202502315 Beriate 500 UI</li> <li>• 202500543 Fanhdi 500 UI</li> <li>• 202502438 Wilate 500 UI</li> <li>• 202500301 Immunate</li> <li>• 202500136 Octanate 250UI</li> </ul> | ✓ Diligenciamiento de formato de control de equipos e instrumentos PA06-GM-603-F037.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Realizar la liberación de lote de productos biológicos hemoderivados de acuerdo con los procedimientos internos y la normativa vigente aplicable a los productos biológicos asignados.                                                                                                                                                       | <p>✓ Como parte de autorización para liberación de lotes de concentrados de factores de coagulación para factor IX se obtuvo capacitación por parte del líder técnico mediante la lectura de los siguientes expedientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- European Pharmacopoeia Human coagulation factor IX</li> <li>- Guía de la World Health Organization sobre productos derivados de plasma.</li> </ul> <p>✓ Asignación de la muestra 202600705 Immunine 600 UI por parte del líder técnico como parte del proceso de evaluación en liberación de hemoderivados en factor IX.</p> | <p>✓ Diligenciamiento de formato evaluación de protocolo de concentrados de factores de coagulación, concentrados inhibidores de plasma y sellantes de fibrina PO04-DS-603-F087.</p> <p>✓ Diligenciamiento de control de tendencia de producto siguiendo los lineamientos descritos en el formato PO04-DS-603-G004 "Guía para la evaluación de la consistencia lote a lote y tendencia de producto"</p> |
| 6 | Realizar las actividades relacionadas con la implementación, verificación, mantenimiento, documentación y actualización de los procedimientos requeridos para garantizar el cumplimiento del sistema de Gestión de la competencia técnica de los Laboratorios de Ensayo, en concordancia con los lineamientos de la norma ISO/IEC 1705:2017. | <p>✓ Asistencia a la reunión "socialización formato evaluación de protocolo" en la cual se notificó la homologación en Se Suite el nuevo formato PO04-DS-603-F098 Evaluación de protocolo de Productos biológicos V00- .</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>✓ Puesta en marcha de la nueva ruta en la plataforma Syllab para el cargue y gestión de evaluaciones de protocolos para concentrados de factores de coagulación, concentrados inhibidores de plasma y sellantes de fibrina.</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<br>DE VIAJE | LUGAR DE<br>DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS |              |
|-------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------|
|       |                              |                            | INICIO                    | FINALIZACIÓN |
| 1.    |                              |                            |                           |              |
| 2.    |                              |                            |                           |              |
| ..... |                              |                            |                           |              |

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

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

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

| Pago No. | Valor de honorarios | Base de cotización | No. días base de cotización | Valor Pago correspondiente e EPS, Pensión y ARL | No. Planilla | Planilla Expedida por (operador) |
|----------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 4        | \$4.700.000         | \$1.880.000        | 31 días                     | \$535.800                                       | 1081684672   | SIMPLE SA                        |

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

## 5. BALANCE FINANCIERO

|                                                            |               |
|------------------------------------------------------------|---------------|
| Valor total del contrato                                   | \$ 51.700.000 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | \$18,800,000  |
| Saldo del contrato                                         | \$32,900,000  |

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

| NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS | PUBLICACIÓN EN SECOP II |    |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|----|
|                                                        | SI                      | NO |
| 4                                                      | X                       |    |

Atentamente,

**Karen Vanessa Gómez Benavides**  
Contratista  
C.C. No. 1030630700

Recibí a satisfacción:

**Diana Lucia Mesa Lautero**  
Coordinadora  
Laboratorio de productos biológicos  
Supervisor(a) Contrato 430 de 2026



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**

Código: GAD-GCT-FM9

Versión: 01

Fecha de emisión: 2022/02/01