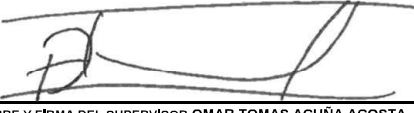


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                            |                           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                            |                           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Código: GCON-FOR15                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | Versión: 01                                |                           | Fecha de emisión: 2026-06-01          |
| 1. DATOS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CAROLINA TORRES HERNANDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         | NIT/ CC No.                                | 60263986 - 3              |                                       |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | katoheva@yahoo.es                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         | TELÉFONO                                   | 3102719005                |                                       |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 244 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         | TERMINO DE EJECUCIÓN                       | 30/12/2026                |                                       |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE LOS PRODUCTOS Y ESTABLECIMIENTOS SOBRE LOS CUALES DEBA INTERVENIR EL INVIMA, ASI COMO, LA TOMA DE MUESTRAS QUE SE REQUIERAN A LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS. |                                                         |                                            |                           |                                       |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026-01-22                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA DE INICIO                                         | 2026-01-22                                 | FECHA DE TERMINACIÓN      | 2026-12-30                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 46.296.100                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO                             | \$ 25.811.100                              | VALOR A PAGAR             | \$ 4.097.000                          |
| NUEVO SALDO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 21.714.100                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VALOR PAGADO                                            | 24.582.000                                 | No. PAGO QUE SE CERTIFICA | (PAGO 6)                              |
| TIPO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FACTURA / CUENTA N°.                                    | N.A                                        | PERIODO OBJETO DE PAGO    | (22 de junio al 21 de julio del 2026) |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Caja social                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TIPO DE CUENTA                                          | Ahorros                                    | No DE CUENTA              | 24123855419                           |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| LA EJECUCION DEL CONTRATO SE REALIZÓ EN LA JURISDICCION DEL GRUPO DE TRABAJO TERRITORIAL CENTRO ORIENTE 1, SIN PERJUICIO DE LAS ACTIVIDADES QUE DEBAN DESARROLLARSE EN EL TERRITORIO NACIONAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ingreso a Almacén                                       | N/A                                        |                           |                                       |
| SGSSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Documentos a cargo                                      | N/A                                        |                           |                                       |
| Carné                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Otros, Cuales?                                          | N/A                                        |                           |                                       |
| indique las observaciones respectivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| 4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| NÚMERO DE PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 37698701                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                            |                           |                                       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FECHA DE PAGO                                           | VALOR PAGADO                               | ENTIDAD                   |                                       |
| SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | jun-26                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026-07-21                                              | 218,900                                    | SANITAS EPS               |                                       |
| PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | jun-26                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026-07-21                                              | 280,200                                    | PROTECCION                |                                       |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N.A                                                     | N.A                                        | N.A                       |                                       |
| Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| 5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| (El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.<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 periodo de cobro, objeto de la presente certificación. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |
| Fecha de expedición de la presente certificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AAAA<br>2026                                            | MM<br>7                                    | DD<br>22                  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal |                                            |                           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nombre                                                  |                                            |                           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha de revisado:                                      |                                            | AAAA-MM-DD                |                                       |
| NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR OMAR TOMAS ACUÑA ACOSTA<br>CARGO Y DEPENDENCIA PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR<br>GTT CENTRO ORIENTE 1- DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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.                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                            |                           |                                       |



|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | CAROLINA TORRES HERNANDEZ |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-60263986               |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                         |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: |                           |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2026-07-18                |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2026-07-22                |
| FECHA DE PAGO:               | 2026-07-21                |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO CAJA SOCIAL BCSC    |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2026-06                   |
| PERÍODO SALUD:               | 2026-06                   |
| NÚMERO PLANILLA:             | 37698701                  |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                         |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 37698701                  |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                         |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE     | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS    | 1                | \$ 1.750.905 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 218,900                | \$ 218,900  |
| 230201         | 800229739 | PROTECCION | 1                | \$ 1.750.905 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 280,200                | \$ 280,200  |
| Total a pagar  |           |            |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 499.100                | \$ 499.100  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 24/08/2026 |
|----------------------------------|------------|

|                                                                                   |                                        |             |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                    |             |                              |
|                                                                                   | <b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b> |             |                              |
|                                                                                   | Código: GCON-FOR7                      | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2026/06/01 |

| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>No. CONTRATO</b>             | <b>244 del 22 de enero del 2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                                            |
| <b>CONTRATISTA:</b>             | CAROLINA TORRES HERNANDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>NIT / C.C No. :</b>         | 60263986 - 3                               |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>      | RESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE LOS PRODUCTOS Y ESTABLECIMIENTOS SOBRE LOS CUALES DEBA INTERVENIR EL INVIMA, ASI COMO, LA TOMA DE MUESTRAS QUE SE REQUIERAN A LA DIRECCION DE OPERACIONES SANITARIAS. |                                |                                            |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>       | Cuarenta y seis Millones doscientos noventa y seis mil cien Pesos M/CTE (\$46'296.100).                                                                                                                                                                                                              |                                |                                            |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>    | 2026/01/22                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b> | 2026-12-30                                 |
| <b>FECHA DE INICIO:</b>         | 2026-01-22                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>   | 2026-12-30                                 |
| <b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>   | <b>DE:</b> 2026-06-22                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>HASTA:</b>                  | 2026-07-21                                 |
| <b>PAGO NÚMERO:</b>             | 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>DEPENDENCIA:</b>            | DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS GTTCO1 |
| <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b> | OMAR TOMAS ACUÑA ACOSTA – COORDINADOR GTTCO1                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                            |

| 2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                           | OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACCIONES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                                            |
| 1                             | Realizar actividades de inspección, vigilancia y control acorde con los planes, programas, proyectos, estrategias e instrumentos del enfoque de vigilancia por gestión de riesgo presentados por las direccionesmisionales para los productos de cosméticos, aseo y limpieza, medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico y alimentos. | <p>Ejecución de Visita de IVC Dirección de Dispositivos Médicos y otras tecnologías de Invima en las fechas: 07/07/2026 del GTTCO1, a los establecimientos:</p> <p><b>ZUMO TECNOLOGIA ZUMOTEC SAS</b>, en la ciudad de Bucaramanga, mediante Oficio comisorio: 7302-772-2026.</p> <p>Ejecución de Visita de IVC Dirección De Cosméticos, Aseo, Plaguicidas Y Productos De Higiene Domestica del Invima ejecutadas en las fechas:</p> <p>08/07/2026, del GTTCO1, al establecimiento:</p> <p><b>LABORATORIOS FARMABELLEZA SAS</b>, en la ciudad de Bucaramanga/ Stder, mediante Oficio comisorio: 7302-773-2026.</p> <p>Ejecución de Visita de IVC Dirección de</p> | <p>INFORMES EN EL FORMATO: REGISTRO EN FORMATO DE PLANEACION Y EJECUCION DE VISITAS ME-DI-COS INSN-FOR108 Y OFICIOS COMISORIOS.</p> <p>Registros de atención al usuario en el enlace forms destinado para tal fin</p> |

|                                                                                   |                                        |             |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                    |             |                              |
|                                                                                   | <b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b> |             |                              |
|                                                                                   | Código: GCON-FOR7                      | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2026/06/01 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Medicamentos del Invima ejecutadas de fecha: 14 al 15/07/2026 del GTTCO2, al establecimiento:</p> <p><b>PUESTO FIJO DE RECOLECCION DEPENDIENTE DEL BANCO DE SANGRE CLINICA COLSANITAS SA</b>, en la ciudad de Bogotá, mediante Oficio comisorio: 7303-1947-26.</p> <p><b>Otras Actividades:</b></p> <p>Trabajo en oficina: preparación de visitas, atención a usuarios virtual y presencial, informes y entrega de actas, en las fechas del 22/06/2026 al 03, 09 y 10/07/2026.</p> <p>Participación en capacitaciones:</p> <p>06/07/2026, Demuestra la calidad DM.</p> <p>16 al 17/07/2026 Fortalecimiento técnico Banco de sangre – Bogotá.</p> |                                                                                                                              |
| 2 | Brindar acompañamiento en actividades de toma de muestras y envío de las mismas al área correspondiente para llevar a cabo el control de calidad de los productos sujetos a la inspección vigilancia y control del Invima.                                                                            | NO ASIGNADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              |
| 3 | Apoyar a las visitas de control posterior a las autorizaciones de comercialización otorgadas por la Disciplina de Alimentos y Bebidas.                                                                                                                                                                | NO ASIGNADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              |
| 4 | Brindar apoyo en la ejecución de las actividades de inspección vigilancia y control, tales como visitas, aplicaciones de medida sanitaria de seguridad, proyección de informes acordes a los productos competencia de la entidad, entre otras, que le sean indicados por el coordinador del contrato. | Se realizaron informes de cada una de las visitas y actividades ordenadas por el coordinador del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INFORMES EN EL FORMATO: REGISTRO EN FORMATO DE PLANEACION Y EJECUCION DE VISITAS ME-DI-COS INSN-FOR108 Y OFICIOS COMISORIOS  |
| 5 | Proyectar, revisar y apoyar a la Dirección de Operaciones Sanitarias en la elaboración de informes sobre las diferentes actividades relacionadas con el proceso de inspección, vigilancia y control, en los plazos establecidos según la normatividad y procedimientos vigentes.                      | Se realizo proyección de informes para cada uno de los productos del Invima de las visitas relacionadas en el numeral 1 y 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INFORMES EN EL FORMATO: REGISTRO EN FORMATO DE PLANEACION Y EJECUCION DE VISITAS ME-DI-COS INSN-FOR108 Y OFICIOS COMISORIOS. |
| 6 | Apoyar en la elaboración de respuestas a las consultas, requerimientos, peticiones, quejas, y demás que sean requeridos en el marco del desarrollo del objeto contractual, haciendo uso adecuado del sistema de correspondencia Se suite de la entidad, dentro de los                                 | Envío de informe de cada una de las visitas realizadas por el Grupo ME-DI-COS, actas escaneadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | INFORME EN EL FORMATO: REGISTRO EN FORMATO DE PLANEACION Y EJECUCION DE VISITAS ME-DI-COS INSN-FOR108.                       |

|  |                                        |             |                              |
|--|----------------------------------------|-------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                    |             |                              |
|  | <b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b> |             |                              |
|  | Código: GCON-FOR7                      | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2026/06/01 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|   | términos y plazos establecidos en la normatividad y procedimientos vigentes.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                         |
| 7 | Participar en las diferentes reuniones, comités técnicos internos, reuniones, análisis de la normatividad y/o propuestas de proyectos normativos relacionados con la Inspección, Vigilancia y Control a cargo de la Dirección de Operaciones Sanitarias, que sean necesarios para la adecuada ejecución del contrato. | Asistencia y participación en el Fortalecimiento técnico Banco de sangre – Bogotá en las fechas: 16 y 17/07/2026. | LISTADOS DE ASISTENCIA. |

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.   | Oficio Comisorio: 7303-1947-26, Planilla SIIF: 289526. | Bogotá D.C.             | 2026/07/14                | 2026/07/17   |
| 2.   | Oficio Comisorio: 7300-1038-26, Planilla SIIF: 301326  | Santa Marta/Magdalena   | 2026-07-21                | 2026-07-24   |

### 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 **junio** 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) |
|----------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 06       | 4.097.000           | 1.750.905          | 30                          | 499.500                                       | 37698701     | ASOPAGOS S.A.                    |

|                                                                                   |                                        |             |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|------------------------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL                    |             |                              |
|                                                                                   | <b>INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b> |             |                              |
|                                                                                   | Código: GCON-FOR7                      | Versión: 01 | Fecha de emisión: 2026/06/01 |

## 5. BALANCE FINANCIERO

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| Valor total del contrato                                   | 46.296.100 |
| Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual). | 24.582.000 |
| Saldo del contrato                                         | 21.714.100 |

## 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 |
| 06                                                     | X                       |    |

Atentamente,



**Firma**  
**CAROLINA TORRES HERNÁNDEZ**  
 Contratista  
 C.C. No. 60.263.986

Recibí a satisfacción:



**Firma**  
**OMAR TOMAS ACUÑA ACOSTA**  
 Coordinador Grupo de Trabajo Territorial Centro Oriente 1  
 Dependencia: Dirección de Operaciones Sanitarias  
 Supervisor(a) Contrato 244 de 2026

