	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**	
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**JUAN ESTEBAN CEPEDA SANTAMARIA**	**NIT/ CC No.**	1018479270
CORREO ELECTRÓNICO	jcepedasa@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3103188689
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	**275 del 23 de enero del 2026**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**Diez meses -25 de noviembre de 2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**Prestar servicios profesionales al grupo de apoyo a las salas especializadas de la comision revisora de la dirección de medicamentos y productos biológicos del INVIMA, preevaluado de las solicitudes de nuevos trámites o modificaciones de seguridad y eficacia de los medicamentos de síntesis química y productos biológicos, realizando los análisis de la información farmacológica aportada y en los casos que se requiera realizar el agendamiento de los trámites asociados a las solicitudes para ser presentadas en la comisión , con el fin de fortalecer la gestión de los procesos orientados al aseguramiento sanitario.**		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2026-01-23**	**FECHA DE INCIO**	**2026-01-26**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2026-11-25**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 59.470.000**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 59.470.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 53.523.000**	**VALOR PAGADO**	**5.947.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA Nº.**	**FE-9**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(26 de enero al 25 de febrero del 2026)**
BANCO	**Itau**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorros**	**No DE CUENTA**	**810023145**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI	**Facturas**	SI	
Pago Parafiscales	NO	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	NO	
Carné	NO	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	**1079836495**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**ene-26**	**2026-02-26**	**180.900**	**COLPENSIONES**
PENSIÓN	**ene-26**	**2026-02-26**	**231.600**	**ALIANSALUD**
ARL	**ene-26**	**2026-02-26**	**7.600**	**POSITIVA**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación 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 deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

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

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
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 Interventoria 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	3	12

Gloria Cecilia Peñuela S

GLORIA CECILIA PEÑUELA SANCHEZ

COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO A SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS

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

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

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES AÑO 2026

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Juan Esteban Cepeda Santamaría
Identificación: 1018479270

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

   * $199.196.000 con UVT ($49,799) año 2025 SI (X) NO ( )
   * $209.496.000 con UVT ($52.374) año 2026 SI (X) NO ( )

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   2.1. Declaro que: SI (X) NO ( ) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI,** diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1	LA CARDIO	21/06/2021	Vigente		6.100.000,00
2					
3					
				-	6.100.000,00

3. Soy pensionado SI ( ) NO (x), según resolución No._____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (x): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

5. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (x): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (x);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2025, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2025, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2026. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2025

7. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,675.968) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Pagos adicionales por salud SI ( ) NO (x) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.

8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (x) anexo certificación.

8.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.

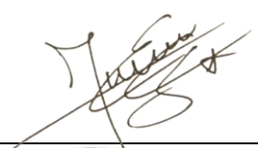
8.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá D.C a los 12 días del mes de Marzo de 2026



Firma: _____
Nombres y Apellidos: Juan Esteban Cepeda Santamaria
C.C. 1018479270

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-02-27, 02:27:23 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2026
Empresa	JUAN ESTEBAN CEPEDA SANTAMARIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1018479270
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1079836495
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	96039749
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 422.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 231.600	$ 1.500
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 180.900	$ 1.200
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 7.600	$ 100
		SubTotales:		$ 420.100	$ 2.800
		Total a Pagar:			$ 422.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141149112261

(415)7707212489984(8020) **000014114911226 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 8 4 7 9 2 7 0	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 7 9 2 7 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CEPEDA	SANTAMARIA	JUAN	ESTEBAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 57 # 22 B - 41

42. Correo electrónico: jecepedas.95@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 1 8 8 6 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 0 0 7 1 5	7 4 9 0	2 0 2 2 0 3 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá D.C., 21 de febrero de 2026

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente JUAN ESTEBAN CEPEDA SANTAMARIA identificado con CC N° 1018479270, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 21-06-2021 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Nómina	810023145	Activo	21/06/2021

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 21 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Itaú. Establecimiento bancario.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a5879a49b6a370d04cedcfc69b5f8f706d88cd9750fb2e5cab79609b511f3f1cc567c37165167a7b78b8701e954ac215

Número de Factura: FE-9
Fecha de Emisión: 12/03/2026
Fecha de Vencimiento: 12/03/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CEPEDA SANTAMARIA JUAN ESTEBAN
Nombre Comercial: CEPEDA SANTAMARIA JUAN ESTEBAN
Nit del Emisor: 1018479270
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 7490

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 57 # 22 B - 41
Teléfono / Móvil: 3103188689
Correo: jecepedas.95@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INVIMA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830000167
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Carrera 10 # 64-28
Teléfono / Móvil: 6012425000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	Cuenta de cobro INVIMA	Prestación servicios profesionales al grupo de apoyo a las salas especializadas de la comisión revisora de la dirección de medicamentos y productos biológicos del INVIMA	NIU	1,00	$ 5.947.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.947.000,00

Notas Finales

#$19-12-00;275;gpenuelas@invima.gov.co#$
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
12/03/2026 20:23:00
Documento validado por la DIAN:
12/03/2026 20:23:01
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	5947000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5947000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	5947000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 5947000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	5.947.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5.947.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	5.947.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 5.947.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764084858487 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-12-06

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	*(No. de contrato y año)* 275 del 23 de enero del 2026			
CONTRATISTA:	Juan Esteban Cepeda Santamaria		**NIT / C.C No. :**	1018479270
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios profesionales al grupo de apoyo a las salas especializadas de la comisión revisora de la dirección de medicamentos y productos biológicos del INVIMA, preevaluado de las solicitudes de nuevos trámites o modificaciones de seguridad y eficacia de los medicamentos de síntesis química y productos biológicos, realizando los análisis de la información farmacológica aportada y en los casos que se requiera realizar el agendamiento de los trámites asociados a las solicitudes para ser presentadas en la comisión , con el fin de fortalecer la gestión de los procesos orientados al aseguramiento sanitario.			
VALOR DEL CONTRATO	$ 59´470.000			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2026-01-23**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**300**
FECHA DE INICIO:	**2026-01-26**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2026-11-25**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2026-01-26**	**HASTA:**	**2026-02-25**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	Dirección De Medicamentos Y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**Gloria Cecilia Peñuela Sánchez**			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Cumplir con todos los planes de trabajo que se establezcan por la supervisión durante toda la ejecución del contrato	**1.**Diligenciamiento del plan de trabajo	**1.** La evidencia se encuentra en el plan de trabajo (JUAN ESTEBAN CEPEDA.xlsx)
2	Cumplir el plan de trabajo establecido o aprobado por la supervisión para cada mes de ejecución del contrato, entregando el estudio de la información farmacológica y/o realizando agendamientos de trámites para la modificación de la información de Seguridad y Eficacia de los Medicamentos de síntesis	1. Se realizó la evaluación técnica de los trámites (DMPB en etapa inicial) de los siguientes radicados: 20241336355;20241336467; 20241336478;20241340204;20241339324. 2. Se avanzó con la evaluación técnica inicial de los trámites (DMPB en etapa inicial),sin embargo cuenta con novedad que se señala en el plan de trabajo	1. La evidencia se encuentra en los FIES (link). La evidencia se encuentra en el plan de trabajo (JUAN ESTEBAN CEPEDA.xlsx) 2. La evidencia se encuentra en el plan de trabajo

	química y/o productos biológicos y/o suplementos dietarios, conforme la solicitud del titular.		(JUAN ESTEBAN CEPEDA.xlsx)
3	Proyectar los actos administrativos y/o documentos técnicos que sean necesarios para atender las solicitudes presentadas por los titulares de los registros sanitarios. Estos deben ser entregados de manera oportuna y en alineación con los planes de trabajo establecidos.	**1.** Elaboración de autos y resolución de los trámites (DMPB en etapa inicial) 2. Elaboración de preconcepto	1. La evidencia se encuentra en el agendamiento de reuniones seguimiento del proceso (Teams, correo) 2. La evidencia se encuentra en el plan de trabajo (JUAN ESTEBAN CEPEDA.xlsx) La evidencia se encuentra en el correo.
4	Alimentar las bases de datos y listados de las diferentes solicitudes de Registros Sanitarios de Síntesis Química, Productos Biológicos.	**1.**Diligenciamiento del plan de trabajo	**1.** La evidencia se encuentra en el plan de trabajo (JUAN ESTEBAN CEPEDA.xlsx)
5	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente, asimismo generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos que tengan impacto en el desarrollo de los estudios asignados.	En el mes de certificación no se asignaron actividades	No aplica
6	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	1. Semana de capacitación	1. La evidencia se encuentra en la carpeta de capacitaciones de SharePoint

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
……			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de **enero** 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 EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	5´947.000	1´467.939	24	422.400	1079836495	Simple

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

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	59´470.000

Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	5´947.000
Saldo del contrato	53´523.000

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
1	x	

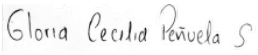
Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre: CTO 275/2026- Pago 1- Juan Esteban Cepeda Santamaría.

Atentamente,



Firma
Juan Esteban Cepeda Santamaría
Contratista
C.C. No. 1018479270

Recibí a satisfacción:



Firma
Nombres y Apellidos
Cargo
Dependencia
Supervisor(a) Contrato de 2026