	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**	**$ 47.576.000**	**VALOR A PAGAR**	**$ 5.947.000**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 41.629.000**	**VALOR PAGADO**	**17.841.000**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 3**
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**FE 13**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**(26 de marzo al 25 de abril 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	**1081438457**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**mar-26**	**2026-04-20**	**380.700**	**COLPENSIONES**
PENSIÓN	**mar-26**	**2026-04-20**	**297.400**	**ALIANSALUD**
ARL	**mar-26**	**2026-04-20**	**12.500**	**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	5	15

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-07, 07:02:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081438457

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 20/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN ESTEBAN CEPEDA SANTAMARIA		
Documento	CC1018479270	**Dirección**	CR 57 #22 B - 41 TORRE 1 APTO 101
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103188689
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018479270	JUAN ESTEBAN CEPEDA SANTAMARIA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.378.800	$ 380.700	(EPS001) ALIANSALUD	$ 2.378.800	$ 297.400	0,522	$ 2.378.800	$ 12.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 690.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.378.800	$ 2.378.800	$ 2.378.800	$ 0	$ 380.700	$ 297.400	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 690.600	$ 700	$ 691.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ddb1846b00440163996d77e5adda2df3278483d16d0feca8798a205f09751812f2c19f1cf499698a428d93fa883f17ed

Número de Factura: FE-13
Fecha de Emisión: 07/05/2026
Fecha de Vencimiento: 14/05/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Débito Ahorro
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:
07/05/2026 19:16:16
Documento validado por la DIAN:
07/05/2026 19:16:16
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