	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

	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:**	**2026-03-26**	**HASTA:**	**2026-04-25**
PAGO NÚMERO:	**3**		**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 química y/o productos	1. Se realizó la evaluación técnica de los trámites (DMPB en etapa inicial) de los siguientes radicados: 20251074043;20251074484 20251074518;20251074593 20251145090;20251145166 20251145311;20251145382 20251147019;20251147976 20251147986;20251153161 20251155616;20251156543 20251156555;20251156563	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 (JUAN

	biológicos y/o suplementos dietarios, conforme la solicitud del titular.	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 . 3. Se realizó la evaluación técnica de los trámites (DMPB y modificaciones a salas de comision revisora en etapa respuesta de auto) de los siguientes radicados: 20231150056;20231217462 20231250990;20241040307 20241041457;20241210843 20241218406;20241277742	ESTEBAN CEPEDA.xlsx). 3. La evidencia se encuentra en el plan de trabajo (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 3. Correspondencia	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. 3. 3.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,	Se cargaron en el aplicativo inserto e IPP de los radicados : 20241336026 ;20241336001 ;20241336010	Se puede verificar en línea sobre el radicado

	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.		
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. Capacitaciones de atención al ciudadano 2. Seguimiento del plan de trabajo	1. La evidencia se encuentra en el correo y reuniones por meet. 2. La evidencia se encuentra en el correo y reuniones por meet.

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 **marzo** 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)
2	5´947.000	2´378.800	30	690.600	1081438457	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).	17´841.000
Saldo del contrato	41´629.000

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
3	x	

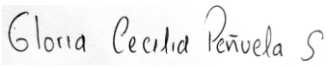
Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre: CTO 275/2026- Pago 3- Juan Esteban Cepeda Santamaría.

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