IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD (IDCBIS)	CÓDIGO: IDCBIS-GGF-FT-045
		VERSIÓN: 01
	CERTIFICACIÓN DE PAGO Y ACTIVIDADES DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES / APOYO A LA GESTIÓN	PÁGINA 1 DE 2
		Fecha: 30/04/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENIFFER ALEJANDRA CEDEÑO RIOS		4249
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1026582595
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0155	CORREO	JEAL041@GMAIL.COM
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL CONTROL DE LOS PROCESOS DE HEMODONACIÓN DEL BANCO DE SANGRE EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL IDCBIS Y DE LA RESOLUCION NO. 932 DEL 2026.			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SONIA PATRICIA FORERO MATIZ		
HONORARIOS MENSUALES	5.072.000	CENTRO DE COSTO:	Grupo Banco de Sangre
VALOR INICIAL CONTRATO:	15.216.000	FUENTE FINANCIACION	Resolucion No. 932 del 2026
PLAZO INICIAL CONTRATO:	INICIO 01/04/2026	TERMINACION	30/06/2026
VALOR TOTAL CONTRATO:	40.576.000	FECHA FINAL CONTRATO:	30/11/2026

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026000539	FECHA	26/03/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260012	FECHA	01/04/2026
NÚMERO DE CDP: 2	2026001061	FECHA	17/06/2026	NÚMERO DE CRP: 2	20260021	FECHA	30/06/2026
NÚMERO DE CDP: 3	2026001633	FECHA	21/09/2026	NÚMERO DE CRP: 3	20260030	FECHA	30/09/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

			DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		
PERIODO CERTIFICADO	Septiembre 2026	DESDE	01	09	2026	HASTA	30	09	2026	VALOR CERTIFICADO	5.072.000

No.	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DIAS	N° DE PLANILLA	RIESGO ARL	VALOR A PAGAR	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO	% EJECU.
1	01/04/2026	30/04/2026	30	9500967166 -	3	5.072.000	5.072.000	10.144.000	33.33%
2	01/05/2026	31/05/2026	30	9504371327 -	3	5.072.000	10.144.000	5.072.000	66.67%
3	01/06/2026	30/06/2026	30	9506303706 -	3	5.072.000	15.216.000	15.216.000	50.00%
4	01/07/2026	31/07/2026	30	9508324788 -	3	5.072.000	20.288.000	10.144.000	66.67%
5	01/08/2026	31/08/2026	30	9507675290 -	3	5.072.000	25.360.000	5.072.000	83.33%
6	01/09/2026	30/09/2026	30	9511113480 -	3	5.072.000	30.432.000	10.144.000	75.00%

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Revisar el 100% de las encuestas de los donantes aptos y diferidos de sangre total y/ o aféresis, cumpliendo con los criterios de selección y protocolos estandarizados en el banco de sangre.	Se revisan el 100% de las encuestas de los donantes aptos y diferidos de sangre total y/o aféresis, cumpliendo con los criterios de selección y protocolos estandarizados del banco de sangre	Formato de Verificación de Diligenciamiento de Encuesta, Ficha Clínica y Autoexclusión del Donante de Sangre (IDCBIS-BS-FT-025)
2	Revisar los botiquines de Reacciones Adversas a la donación de sangre total y/o aféresis y los elementos de limpieza y desinfección que se manejan en la colecta, teniendo en cuenta cantidades, fecha de vencimiento y correcta rotulación, diligenciando los formatos establecidos para el proceso y reportando cualquier novedad encontrada, dejando los elementos listos para su uso.	Se realizó revisión de los botiquines de Reacciones Adversas a la donación de sangre total y aféresis y de cada uno de los kit de derrames que se manejan en colecta. Se realizó revisión de fechas de vencimiento y semaforización de cada uno de los elementos de los botiquines y kit de derrames.	Formato de Verificación de Material de Apoyo y Botiquín para Reacciones Adversas (IDCBIS-BS-FT-042)
3	Revisar la programación de jornadas para verificar el correcto desarrollo de las mismas.	Se realizó revisión de la programación diaria de las jornadas de colecta de sangre total y aféresis de cada uno de los días del mes.	Formato de Programación de Jornada de Donación de Sangre Total y Aféresis (IDCBIS-BS-FT-064)
4	Apoyar las actividades del líder de colecta, según requerimiento.	Se realizó apoyo al líder de colecta en diferentes actividades según requerimiento,	Formato de verificación de puntos críticos del área de

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
4	Apoyar las actividades del líder de colecta, según requerimiento.	como solicitud de insumos para colecta semanal; diligenciamiento de horarios del personal de colecta en el programa Falcon; revisión de formatos de limpieza y desinfección de equipos biomédicos, formatos de verificación puntos críticos, formatos de registro de temperatura ambiental y verificación de balanzas del área de colecta de cada uno de los grupos de colecta extramural.	colecta (IDCBIS-BS-FT-026), formato de limpieza y desinfección de equipos biomédicos (IDCBIS-BS-FT-079); formato de registro de control de temperatura ambiental (IDCBIS-BS-FT-077); formato de verificación de balanzas (IDCBIS-BS-FT-024); correos de solicitud de insumos a almacén.
5	Apoyar las actividades del área de colecta según requerimiento.	Se realizó apoyo en el área de colecta según requerimiento	Actividad de apoyo presencial.
6	Participar en reuniones, capacitaciones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del contrato.	Se realizó participación en reuniones, capacitaciones, comités o eventos internos y externos relacionados con las actividades del contrato.	Formatos de asistencia.
7	Consolidar y reportar la información estadística según sus actividades.	Se realizó estadística mensual de novedades en encuestas y de tiempos de extracción de sangre total y/o aféresis.	Hoja de cálculo de Excel " Errores en encuesta "
8	Cumplir con todas las normas de bioseguridad y calidad en todas las actividades, asumiendo su responsabilidad y riesgo por el buen uso y manejo de los elementos de protección personal y cumplimiento de los procedimientos seguros.	Se cumplieron a conformidad todas las normas de bioseguridad y calidad en todas las actividades.	Uso correcto de bata y tapabocas, uso de elementos de bioseguridad en las áreas de procesamiento e inmunoserología
9	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.	Se cumplen con las actividades asignadas por el supervisor.	Actividades de apoyo.
10	Apoyar con la ejecución del presente contrato la actividad de: "Satisfacer con seguridad, transparencia, equidad, oportunidad, suficiencia y calidad las demandas de la RISS y demás usuarios del ecosistema en CTI a nivel local, regional y nacional, en cuanto a productos, servicios e insumos biológicos para la atención de pacientes que requieren sangre, tejidos y células en el país", en el marco de la Resolución No. 932 del 2026.	Con las actividades del 1-9 se da cumplimiento a esta actividad	Actividades 1-9

SEGUIMIENTO AL CONTRATO

En calidad de Supervisor del contrato citado, manifiesto que el contratista SI cumplió dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato o sus anexos (incluyendo los pagos y aportes al Sistema de Seguridad Social) y por lo tanto certifico el trámite para el pago conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago. Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y planilla de seguridad social PILA.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9511113480	253.600	324.700	3	49.500	38.700	666.500
	0	0	0		0	0

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Documento generado por el sistema de información. No requiere firma manuscrita.

SONIA PATRICIA FORERO MATIZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Documento generado por el sistema de información. No requiere firma manuscrita.

JENIFFER ALEJANDRA CEDEÑO RIOS

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026582595		CEDEÑO RIOS JENIFFER ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diag 47a #51D-90 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2306638	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	661126300	9511113480	I	2026/09/22	2026/09/17	BANCOLOMBIA	0	$666,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,028,800	$324,700			$2,028,800	$253,600			$1,932,000	$38,700			$2,028,800	$49,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,028,800	$324,700			$2,028,800	$253,600			$1,932,000	$38,700			$2,028,800	$49,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,028,800	$324,700			$2,028,800	$253,600			$1,932,000	$38,700			$2,028,800	$49,500		$0	$0
1	CC	1026582595	CEDEÑO JENIFFER	230301	30	$2,028,800	$324,700	EPS005	30	$2,028,800	$253,600	CCF24	30	$1,932,000	$38,700	14-11	30	$2,028,800	$49,500	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,028,800	$324,700			$2,028,800	$253,600			$1,932,000	$38,700			$2,028,800	$49,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026582595		CEDEÑO RIOS JENIFFER ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diag 47a #51D-90 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2306638	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	661126300	9511113480	I	2026/09/22	2026/09/17	BANCOLOMBIA	0	$666,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,700	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$324,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,500	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,700	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$38,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,600	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$253,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$666,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$324,700
$324,700
$49,500
$49,500
$38,700
$38,700
$253,600
$253,600
$666,500