INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VALENTINA PINILLA LOPEZ		4261
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1007297401
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0179	CORREO	VALEPINLO05@GMAIL.COM
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO DE INMUNOHEMATOLOGÍA 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	2026000534	FECHA	26/03/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260012	FECHA	01/04/2026
NÚMERO DE CDP: 2	2026001083	FECHA	17/06/2026	NÚMERO DE CRP: 2	20260021	FECHA	30/06/2026
NÚMERO DE CDP: 3	2026001655	FECHA	21/09/2026	NÚMERO DE CRP: 3	20260030	FECHA	30/09/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

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

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	72830853 -	3	5.072.000	5.072.000	10.144.000	33.33%
2	01/05/2026	31/05/2026	30	79641984 -	3	5.072.000	10.144.000	5.072.000	66.67%
3	01/06/2026	30/06/2026	30	87741986 -	3	5.072.000	15.216.000	15.216.000	50.00%
4	01/07/2026	31/07/2026	30	93118864 -	3	5.072.000	20.288.000	10.144.000	66.67%
5	01/08/2026	31/08/2026	30	93983674 -	3	5.072.000	25.360.000	5.072.000	83.33%
6	01/09/2026	30/09/2026	30	94726162 -	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	Realizar la tipificación de muestras de sangre para grupos sanguíneos, rastreo de anticuerpos irregulares y demás pruebas de Inmunohematología, incluyendo el procesamiento, análisis, interpretación y reporte de resultados, conforme a los algoritmos y técnicas estandarizadas.	Tipifique 160 muestras de sangre, 3 muestras de banco de tejidos y 0 muestras de banco de sangre de cordón umbilical del IDCBIS, para los grupos sanguíneos, rastreos de anticuerpos irregulares y demás pruebas de Inmunohematología que apliquen, por medio de las técnicas estandarizadas en el proceso y reportar los datos.	Reporte de Resultados Donantes, Reporte de Resultados Estudios Inmunohematológicos Banco de Cordón y Banco de Tejidos, Sistema Delphyn, Lista de Trabajo en Inmunohematología IDCBIS-BS-FT-014, Lista de chequeo equipo Swing Twin Sampler - IDCBIS-BS-BS-FT-135, Lista de chequeo equipo IH 1000 - IDCBIS-BS-FT-115
2	Desarrollar y analizar los casos remitidos de instituciones externas relacionados con pruebas especiales y discrepancias en Inmunohematología, generando y reportando los resultados requeridos	Desarrolle 160 casos remitidos de Instituciones externas relacionados con pruebas especiales y discrepancias en Inmunohematología, para los cuales se realizaco el procesamiento de las muestras, analice y tome decisiones según su resultado de acuerdo al algoritmo establecido, para finalmente emitir el reporte correspondiente de los datos relacionados para cada estudio.	Reporte de Resultados Estudios Inmunohematológicos, Consolidado de Pruebas Estudios Inmunohematológicos y de compatibilización eritrocitaria IDCBIS-BS-FT-089, Sistema E-Delphyn, Envío y trasporte de muestras biológicas - IDCBIS-BS-FT-124, Sistema IH-COM y Sistema

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
2	Desarrollar y analizar los casos remitidos de instituciones externas relacionados con pruebas especiales y discrepancias en Inmunohematología, generando y reportando los resultados requeridos	Desarrolle 160 casos remitidos de Instituciones externas relacionados con pruebas especiales y discrepancias en Inmunohematología, para los cuales se realizaco el procesamiento de las muestras, analice y tome decisiones según su resultado de acuerdo al algoritmo establecido, para finalmente emitir el reporte correspondiente de los datos relacionados para cada estudio.	Maestro. Formato envío de muestras para estudio de casos especiales en inmunohematología - IDCBIS-BS-FT-070 Control de procesos de estudios de inmunohematología - IDCBIS-BS-FT-118
3	Analizar el comportamiento de los controles de calidad internos (Primera y tercera opinión) y externos de la plataforma correspondiente, procesarlos cuando aplique, y tomar decisiones con base a los resultados obtenidos	Analice diariamente el comportamiento de los controles de calidad de primera opinión para la toma de decisiones (Control de calidad interno). Realice el procesamiento de 15 controles internos de procesamiento de donantes de sangre. Realice 10 Control de Calidad Antisueros.	Reporte control de calidad interno - IH COM, Control interno en estudios de inmunohematología - IDCBIS-BS-FT-116, Control de especificidad de antisueros - IDCBIS-BS-FT-049, Reporte de resultados sistema MAESTRO. Cronograma control externo Inmunohematologia - Actas de socialización y de asigación de control de calidad
4	Verificar los registros del área asegurando su correcto diligenciamiento y el reporte de la información requerida.	Verifiqué el correcto diligenciamiento de todos los registros del área.	Formatos y Registros del área.
5	Controlar la existencia de insumos y reactivos necesarios para el desarrollo de los procedimientos	Realicé la verificación en físico y en sistema de la existencia de reactivos e insumos del área de inmunohematología	Reporte de Reactivos utilizados en el área de Inmunohematología IDCBIS-BS-FT-088
6	Brindar acompañamiento y orientación técnica a los nuevos colaboradores, asi como orientar a los estudiantes, durante su proceso de formación y práctica	Realicé acompañamiento y Asesoria a los pasantes segun cronograma establecido (Pasantes internacionales).	Brinde acompañamiento y asesotia a las instituciones del convenio que lo requirieron. Formato de asesoría y acompañamiento
7	Participar en jornadas de actualización, fortalecimiento, capacitaciones y actividades relacionadas con el grupo de inmunohematología.	Participé en la reunión mensual del área, en las diferentes reuniones programadas por el IDCBIS de temas afines, eventos cientificos y en diferentes socializaciones de temas relacionados con el área de inmunohematología	Actas de reunión, listados de asistencia y jornadas informativas IDCBIS-GAC-FT-009
8	Cumplir con las normas de bioseguridad y calidad en todas las actividades, garantizando el uso adecuado de los elementos de protección personal y el cumplimiento de los procedimientos establecidos.	Cumplí con todas las normas de bioseguridad y calidad en todas las actividades, asumiendo mi responsabilidad y riesgo por el buen uso y manejo de los elementos de protección personal y cumplimiento de los procedimientos seguros.	Entrega de elementos de protección personal - IDCBIS-SST-FT-006
9	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean requeridas por el supervisor.	Modifiqué los productos sanguíneos requeridos por los clientes. Etiqueté los productos sanguíneos posteriores a la modificación de producto realizada. Apoyé y verifiqué la filtración de los componentes sanguíneos según requerimiento se los servicios transfusionales. Se realiza el rechequeo de cada una de las unidades de sangre colectadas en las jornadas de donación de sangre y los casos especiales enviados a instituciones externas. Se apoya la revisión de facturación y revisión de estas para la entrega oportuna al área de financiera. Se apoya el ingreso a la base de datos de fenotipos	Modificación de Sello de Calidad de componentes filtrados IDCBIS-BS-FT-072. Etiquetas de sellos de calidad. Actas de reunión Rechequeo unidades Estudios Inmunohematología IDCBIS-BS-FT-050 Sistema E-Delphyn, Maestro e IH COM

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
10	Apoyar con la ejecución del presente contrato la actividad de: "satisfacer con seguridad, transparencia, equidad, oportunidad, suficiencia y calidad las demandas de los 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	Apoyé la ejecución del presente contrato Con las actividades anteriores se da cumpliento a la resolución 932 del 2026.	Actividades de la 1 a 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
94726162	253.600	324.700	3	49.500	40.600	668.400
	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.

VALENTINA PINILLA LOPEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007297401	VALENTINA PINILLA LOPEZ	Carrera 8 B bis #78 sur - 15	7047914	valepinlo05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94726162	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$2,028,800	$668.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	253.600	0		0		0	0	0	0	253.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	324.700	0	0	0	0	0	0		324.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	49.500				49.500	0	0	49.500			495	49.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.600	0	0	40.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	253.600	253.600
Pensión	1	324.700	324.700
Riesgos Laborales	1	49.500	49.500
CCF	1	40.600	40.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	668.400	668.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007297401	VALENTINA PINILLA LOPEZ		Carrera 8 B bis #78 sur - 15	7047914	valepinlo05@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94726162	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$2,028,800	$668.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007297401	PINILLA LOPEZ VALENTINA	59	0			N																	230301	2.028.800	30	324.700	0	0	0	0	EPS005	2.028.800	30	253.600	14-11	2.028.800	30	3	49.500	CCF24	2.028.800	30	40.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información