INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA		4353
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1233509740
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0401	CORREO	AURAHERNANDEZOLAYA@GM
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA SENSIBILIZAR Y APOYAR LAS JORNADAS DEL BANCO DE SANGRE EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL IDCBIS Y DE LA RESOLUCIÓN NO. 932 DEL 2026.			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SONIA PATRICIA FORERO MATIZ		
HONORARIOS MENSUALES	4.741.000	CENTRO DE COSTO:	Grupo Banco de Sangre
VALOR INICIAL CONTRATO:	13.432.834	FUENTE FINANCIACION	Resolucion No. 932 del 2026
PLAZO INICIAL CONTRATO:	INICIO 06/07/2026	TERMINACION	30/09/2026
VALOR TOTAL CONTRATO:	13.432.834	FECHA FINAL CONTRATO:	13/10/2026

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026001176	FECHA	23/06/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260023	FECHA	06/07/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

PERIODO CERTIFICADO	Septiembre 2026	DESDE	DIA 01	MES 09	AÑO 2026	HASTA	DIA 06	MES 09	AÑO 2026	VALOR CERTIFICADO	948.200

No.	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DIAS	N° DE PLANILLA	RIESGO ARL	VALOR A PAGAR	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO	% EJECU.
1	06/07/2026	31/07/2026	25	93596449 -	3	3.950.833	3.950.833	9.482.001	29.41%
2	01/08/2026	31/08/2026	30	94436742 -	3	4.741.000	8.691.833	4.741.001	64.71%
3	01/09/2026	06/09/2026	6	944367421 -	3	948.200	9.640.033	3.792.801	71.76%

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	1. Sensibilizar y educar a los donantes potenciales en temas de donación de sangre y/o aféresis en las instituciones donde se realizan jornadas, mediante la planificación y ejecución de actividades pedagógicas y jornadas de actualización previamente definidas.	Se realiza sensibilización en las diferentes entidades, también se realizaron charlas informativas sobre ITS, hábitos de vida saludable, salud sexual y métodos de planificación de manera virtual y presencial. De igual forma se realiza acompañamiento y apoyo en las jornadas masivas de donación.	Formato de listas de asistencia a las charlas y listas de preinscritos.
2	2. Apoyar el desarrollo e implementación de estrategias de promoción de la donación de sangre y/o aféresis en el área.	Se realizó apoyo y participación en jornadas masivas como iglesia el lugar de su presencia y participación en las donaciones de sangre realizadas en la secretaria de salud.	Listas de asistencia.
3	3. Participar en la elaboración, actualización y mejora de documentos e instrumentos pedagógicos orientados a fomentar la donación de sangre y al cumplimiento de las metas del banco de sangre.	Se realizaron diferentes presentaciones como apoyo para las charlas en cuanto a donación de sangre y charlas informativas sobre hábitos saludables relacionados a la donación de sangre.	Presentaciones elaboradas.
4	4. Participar en reuniones, comités, eventos, capacitaciones y jornadas de actualización relacionadas con las actividades de promoción.	Se participa en cada una de las sesiones de entrenamiento en cuanto a sensibilizaciones, charlas informativas y apoyo de jornadas.	Entrenamiento con el equipo de trabajo.
5	5. 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.	Se realizó cumplimento de todas las ordenes dadas por los lideres de cada una de las instalaciones visitadas en cuanto al adecuado uso de los elementos de protección personal durante las jornadas de sensibilización.	Inspecciones internas del banco de sangre.
6	6. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato	Se da cumplimiento mediante la adecuada ejecución de las sensibilizaciones y charlas	Asistencia a las jornadas.

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
6	que sean asignadas por el supervisor.	informativas programadas junto con el apoyo a las jornadas de donación que se me fueron indicadas para realizar apoyo y acompañamiento.	Asistencia a las jornadas.
7	7. Apoyar con la ejecución del presente contrato la actividad de: "Establecer alianzas de investigación traslacional con enfoque de atención en salud integral territorial en enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer que aumente la disponibilidad de alternativas terapéuticas en el Distrito", en el marco de la Resolución No. 932 del 2026.	Con el desarrollo de las anteriores actividades se da cumplimento a esta actividad.	Actividades de la 1 a la 6.

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
944367421	237.100	303.500	3	46.200	0	586.800
	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.

AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA

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	1233509740	AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA	CL 22F 116 -71	3167860504	aurahernandezolaya@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
		94436742	04/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$586.800	

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	237.100	0		0		0	0	0	0	237.100	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	303.500	0	0	0	0	0	0		303.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.200				46.200	0	0	46.200			462	46.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	237.100	237.100
Pensión	1	303.500	303.500
Riesgos Laborales	1	46.200	46.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	586.800	586.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233509740	AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA	CL 22F 116 -71	3167860504	aurahernandezolaya@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
		94436742	04/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$586.800	

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 1233509740	HERNANDEZ OLAYA AURA SOFIA	59	0			N							X										230301	1.896.400	30	303.500	0	0	0	0	EPS005	1.896.400	30	237.100	14-23	1.896.400	30	3	46.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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