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	1012380681	JENNY JOHANNA PINILLA GOMEZ	Av 68 # 5-17	0000000	johanita-08@hotmail.es	
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
		93636612	22/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$833.100	

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	336.300	0		0		0	1	300	0	336.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	430.400	0	0	0	0	1	400	0	430.800	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	65.600				65.600	1	100	65.700			656	65.700	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	336.300	336.600
Pensión	1	430.400	430.800
Riesgos Laborales	1	65.600	65.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	832.300	833.100

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012380681	JENNY JOHANNA PINILLA GOMEZ		Av 68 # 5-17	0000000	johanita-08@hotmail.es	
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
		93636612	22/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$833.100	

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	Exonerado	ING	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 1012380681	PINILLA GOMEZ JENNY JOHANNA	59	0			N																	230201	2.690.000	30	430.400	0	0	0	0	EPS005	2.690.000	30	336.300	14-11	2.690.000	30	3	65.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD (IDCBIS)	CÓDIGO: IDCBIS-GGF-
		VERSIÓN: 01
	CERTIFICACIÓN DE PAGO Y ACTIVIDADES DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES / APOYO A LA GESTIÓN	PÁGINA 1 DE 3
		Fecha: 30/04/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY JOHANNA PINILLA GOMEZ		3922
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1012380681
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0153	CORREO	JOHANITA-08@HOTMAIL.ES
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LIDERAR 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	6.725.000	SERVICIO:	Grupo Banco de Sangre
VALOR INICIAL CONTRATO:	20.175.000	FUENTE FINANCIACION	Resolucion No. 932 del 2026
PLAZO INICIAL CONTRATO:	INICIO 01/04/2026	TERMINACION	30/06/2026
VALOR TOTAL CONTRATO:	40.350.000	FECHA FINAL CONTRATO:	30/09/2026

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026000549	FECHA	26/03/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260012	FECHA	01/04/2026
NÚMERO DE CDP: 2	2026001059	FECHA	17/06/2026	NÚMERO DE CRP: 2	20260021	FECHA	30/06/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

			DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		
PERIODO CERTIFICADO	Julio 2026	DESDE	01	07	2026	HASTA	31	07	2026	VALOR AUTORIZADO	6.725.000

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	76445528 -	3	6.725.000	6.725.000	13.450.000	33.33%
2	01/05/2026	31/05/2026	30	83788063 -	3	6.725.000	13.450.000	6.725.000	66.67%
3	01/06/2026	30/06/2026	30	92723023 -	3	6.725.000	20.175.000	20.175.000	50.00%
4	01/07/2026	31/07/2026	30	93636612 -	3	6.725.000	26.900.000	13.450.000	66.67%

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	.Supervisar y apoyar el desarrollo de los casos remitidos de instituciones externas relacionados con pruebas especiales y discrepancias en inmunohematología, garantizando la correcta interpretacion de los resultados y emitiendo conceptos tecnicos confiables	Realicé acompañamiento y supervisión a los casos remitidos por las instituciones externas para la resolución de discrepancias de inmunohematología y compatibilización eritrocitaria. A su vez desarrolle 8 casos de compatibilización eritrocitaria y demás pruebas especiales del laboratorio de inmunohematología.	*Reporte de resultados de estudios de inmunohematología *CONTROL DE PROCESO DE ESTUDIOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA - IDCBIS-BS-FT-118 *Sistema de información Maestro *Sistema de información E-Delphyn *Solicitud de hemocomponentes (formato) *Correo electrónico inmunohematologia@idcbis.org.co
2	Asesorar clínicamente a otros servicios o instituciones en la selección de unidades compatibles, especialmente en pacientes difíciles	Asesoré continuamente a las instituciones externas en la resolución y seguimiento de casos especiales y demás particularidades de inmunohematología que fueron solicitadas.	*Correo electrónico inmunohematologia@idcbis.org.co *Libro radicado entrega de turno IH
3	Analizar el comportamiento de los controles de calidad internos (primera opinión) y externos, procesarlos cuando aplique, y tomar decisiones con base en los resultados obtenidos	Analicé el comportamiento de los controles de calidad internos diarios del área de inmunohematología a partir de los resultados reportados por las profesionales operativas en el procesamiento de donantes de sangre y pruebas especiales. No hubo ningún hallazgo por gestionar durante el mes, los controles	*Reporte de resultados control de calidad interno IH - plataforma IH-COM *Formato control de especificidad de antisueros - IDCBIS-BS-FT-049 *Formato CONTROL DE

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
		fueron satisfactorios.	CALIDAD DE ANTISUEROS - IDCBIS-BS-FT-017 *CONTROL DE CALIDAD INTERNO EN ESTUDIOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA-IDCBIS-BS-FT-116
4	Realizar seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión y a las actividades de los colaboradores del grupo y verificar los registros del área, asegurando su correcto diligenciamiento	Realicé diligenciamiento, seguimiento y análisis de los indicadores del área de inmunohematología. Ninguno requirió planes de mejora. Todos se retroalimentaron en la reunión interna del área y en la reunión mensual del banco de sangre.	*Acta de reunión mensual de inmunhematología *Listado de asistencia a reuniones y/o capacitaciones *Matriz Excel de reporte y seguimiento a indicadores del banco de sangre
5	Elaborar, actualizar y socializar los documentos del area	Actualicé instructivos del área de inmunohematología y se subieron al aplicativo MiGestión-Kawak. Realicé retroalimentaciones de cambios en los mismos y evaluaciones de adherencia a los profesionales que aplican.	*Acta de reunión mensual de inmunhematología *Sistema Kawak-MiGestión *Evaluación de adherencia de conocimientos
6	Participar en la validación y/o verificación de nuevas tecnologías y métodos analíticos del grupo, informando los resultados a control de calidad	Participé y organicé el cronograma de actividades para la ejecución de la validacion de las tarjetas de hemoclasificación directa ABO y RhD de la tecnología Griffols.	*Correo electrónico institucional *Reporte de resultados de estudios de inmunohematología *Formato de validación y estandarización interno
7	Gestionar las no conformidades, hallazgos y/o quejas asignadas a los procesos del grupo	Gestioné las novedades reportadas por las diferentes áreas del banco de sangre y de las instituciones externas. Además retroalimenté a las profesionales operativas en dichas novedades para evitar reincidencias y mejorar el servicio prestado.	*Correo electrónico institucional *Acta de reunión mensual de inmunohematología
8	Consolidar y reportar la información del área a cargo según los requerimientos establecidos.	Consolidé e informe información estadística del área durante el mes para los informes correspondientes de gestión	*Estadística procesamiento de donantes Junio y Julio 2026 *Matriz Auditoría casos especiales Junio y Julio 2026 *Base inmunohematología 2026
9	Asignar y solicitar las cantidades de insumos y/o reactivos al almacén de acuerdo con las necesidades del proceso	Solicité semanalmente el pedido al almacén y a los proveedores del área con el fin de mantener la disponiblidad de los recursos y garantizar la respuesta a las solicitudes de procesamiento para donantes de sangre y receptores remitidos por instituciones externas.	*Solicitud y entrega de insumos - IDCBIS-BS-ALM-014 *Correo electrónico institucional
10	Participar en el proceso de acogida de nuevos colaboradores, orientar a los estudiantes durante su proceso de formación y práctica, y apoyar las actividades del grupo cuando se requiera	Acompañé en el proceso de acogida a los profesionales del área enfatizando el orden, los valores institucionales, el trabajo en equipo, el cuidado de los recursos y el adecuado uso de los EPP.	*Acta de reunión mensual de inmunohematología *Formato entrega de elementos de protección personal IDCBIS-SST-FT-006
11	Participar en reuniones, comités, eventos y capacitaciones internas y externas relacionadas con las actividades del contrato y apoyar los procesos de investigación clínica o epidemiológica del banco de sangre relacionados con el objeto del contrato	Participé en el total de reuniones internas y externas (virtuales o presenciales) convocadas por las diferentes áreas del IDCBIS durante el mes	*Lista de asistencia a reuniones y/o capacitaciones
12	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 durante el trabajo operativo en el laboratorio de inmunohematología	*Acta de reunión mensual de inmunohematología
13	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor	Cumplí con las demás actividades asignadas por mi supervisor del contrato como lo son: apoyo a la supervisión de contratos del área, recepción y verificación de insumos	*Correo electrónico institucional

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
		solicitados al proveedor, seguimiento de fallas de los equipos biomédicos del área, entre otros.	
14	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	Apoyé activamente en la ejecución del contrato y en las reuniones establecidas para el seguimiento del proyecto en el marco de la Resolución No. 932 del 2026.	*Correo electrónico *Listados de asistencia

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
93636612	336.600	430.800	3	65.700	0	833.100
	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.

JENNY JOHANNA PINILLA GOMEZ

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