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	1013651951	MARIA ALEJANDRA CAVIEDES CARDOZO	kr 29 d 28 26 sur	3012205308	malejacaviedes@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
		83231552	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,028,800	$670.600	

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	4	800	0	254.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	324.700	0	0	0	0	4	1.000	0	325.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	49.500				49.500	4	200	49.700			495	49.700	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	4	200	40.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	254.400
Pensión	1	324.700	325.700
Riesgos Laborales	1	49.500	49.700
CCF	1	40.600	40.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	668.400	670.600

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	1013651951	MARIA ALEJANDRA CAVIEDES CARDOZO		kr 29 d 28 26 sur	3012205308	malejacaviedes@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
		83231552	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,028,800	$670.600	

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 1013651951	CAVIEDES CARDOZO MARIA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	2.028.800	30	324.700	0	0	0	0	EPS005	2.028.800	30	253.600	14-23	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

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:	MARIA ALEJANDRA CAVIEDES CARDOZO		3696
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1013651951
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0173	CORREO	MALEJACAVIEDES@GMAIL.
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE CALIDAD 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	SERVICIO:	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:	15.216.000	FECHA FINAL CONTRATO:	30/06/2026

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026000512	FECHA	26/03/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260012	FECHA	01/04/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

PERIODO CERTIFICADO	Junio 2026	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	VALOR AUTORIZADO	5.072.000
			01	06	2026		30	06	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	67945484 -	3	5.072.000	5.072.000	10.144.000	33.33%
2	01/05/2026	31/05/2026	30	82893091 -	3	5.072.000	10.144.000	5.072.000	66.67%
3	01/06/2026	30/06/2026	30	83231552 -	3	5.072.000	15.216.000	0	100.00%

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Revisar las encuestas ingresadas al sistema de información del Banco de Sangre, verificando el adecuado registro de datos personales, examen físico, datos de extracción y criterios de selección del donante, según el porcentaje definido.	Se realizó la revisión de 380 encuestas en el sistema e-Delphyn de donantes aptos y diferidos, verificando datos personales, examen físico y datos de extracción según el porcentaje determinado.	formato Control de Calidad de Selección de Donantes e Ingreso de Donantes de Sangre al Sistema de Información; archivos de control de encuestas en medio magnético. Encuestas controladas.https://docs.google.com/spreadsheets/d/14lKLF3XLFmsMG_D9X3qsFUjr8yitu_G_ZylcOgQYdQk/editgid=1278449092#gid=1278449092 , https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PebVbO9UNVjko3MLEEIrhXWOcrBvOg9n/edit?gid=1275115145#gid=1275115145
2	2.Realizar y/o analizar el control de calidad de los componentes sanguíneos, incluyendo la toma de muestras para control microbiológico, toma de muestras de agua de los desionizadores y laboratorios para el control de calidad fisicoquímico y microbiológico, control de calidad de superficies y equipos, incluyendo hemoglobinómetros de colecta, garantizando el cumplimiento de los niveles de control establecidos, reportando oportunamente cualquier	Se realizó el control de calidad, análisis e informes de hemocomponentes obtenidos de bolsas cuádruples, triples y quíntuples, eritroaféresis, plaquetaféresis y glóbulos rojos filtrados posalmacenamiento. Adicionalmente, se efectuó seguimiento al tiempo de separación de unidades de sangre total, porcentaje de hemólisis y pH de plaquetas vencidas. Se tomaron muestras de agua de desionizadores y descongeladores de plasma, se realizó seguimiento microbiológico de superficies y se verificaron	se verifica la actividad en las carpetas de drive compartidas de control de calidad: https://docs.google.com/spreadsheets/d/18S1MSfjyglzk9dY1OGKVp_cS3uct9cec/edit?gid=2092062316#gid=2092062316 https://docs.google.com/spreadsheets/d/1SLFSJClrbmID14UGgBJW1Wkm3p9FKPQZ/

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	novedad o desviación identificada en los procesos.	22 hemoglobinómetros HemoCue HB 801 mediante controles de nivel I, II y III.	editrtpof=true&gid=1765429609#gid=1765429609 https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cuPr1tZc7ZvWKUY8xnvgBbpJ4Io0UN96/edit?rtpof=true&gid=348682776#gid=348682776 https://docs.google.com/spreadsheets/d/10OYOMA3rTWkae388kfFUaG8 O D h - b3DZf/edit?gid=1966670459#gid=1966670459 https://drive.google.com/drive/folders/1O8ns0PRP4PvM4UDXRReP37gfebO2ngzY https://docs.google.com/spreadsheets/d/1P9ADfjecuN-4Dm7TnOMucrOyS38r2Vfa/edit?gid=1255838516#gid=1255838516
3	Apoyar la validación en el sistema de información de los resultados de las unidades procesadas, así como la verificación y aprobación de pruebas de inmunohematología, inmunoserología y biología molecular, resolviendo inconsistencias asociadas a la información de los donantes.	Se apoyó la revisión y validación en el sistema informático de los resultados emitidos por los laboratorios de Inmunohematología, Inmunoserología y Biología Molecular. Se realizó apoyo en la revisión de resultados de tejidos y bancos de cordón, liberación y sellado de producto terminado y verificación de unidades en cuarentena para resolver inconsistencias.	Printer de las áreas de inmunoserologia, inmunohematología y biología molecular . Listado de aprobación de pruebas de los laboratorios . Listado de liberación y sellado de producto terminado. Aprobación de pruebas de laboratorio Sistema informático e- Delphyn. Formato: unidades en cuarentena. Área control de calidad." https://docs.google.com/spreadsheets/d/1LZkxrDgrCx6ZRLaw4mpHtUTtzYGzPBq/edit?gid=2075400524#gid=2075400524
4	Participar en la elaboración, actualización y mejora de manuales, procedimientos operativos estandarizados y demás documentación del Banco de Sangre.	Se participó en la actualización del Instructivo control de calidad externo HEMA ONEWORLD ACCURACY .	POE Instructivo control de calidad externo registros en la plataforma Mi Gestión
5	Participar en la validación de nuevas tecnologías, métodos analíticos y en la calificación de desempeño de equipos o tecnologías implementadas en el grupo, informando los resultados obtenidos.	Se realiza reunión con la casa comercia TERUMO para iniciar la validación del sistema y tecnología de reducción de patógenos MIRASOL	Reunión con lideres de área relacionada y casa comercial
6	Controlar la existencia de insumos y reactivos necesarios para el desarrollo de los procesos del Banco de Sangre.	Se realizó la solicitud de insumos y reactivos necesarios para el desarrollo de las actividades del área.	Formato de solicitud de insumos.
7	Participar en reuniones, capacitaciones, comités y eventos relacionados con las actividades del contrato y apoyar los procesos de investigación clínica o epidemiológica del Banco de Sangre relacionados con el objeto del contrato.	En este periodo no se participa en eventos relacionados, en periodos anteriores se realiza capacitaciones relacionadas con NLR, e-Delphyn y Terumo, asi como la capacitacion para el manejo del control externo de calidad de HEMA ONEWORLD ACCURACY	Certificados de capacitación.
8	Participar en el proceso de acogida de nuevos colaboradores y orientar a los estudiantes durante su proceso de	Se orientó a los estudiantes de las universidades con convenio vigente con el IDCBIS en los procesos operativos de control	Procesos operativos estandarizados del área de Control de Calidad y formatos

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	formación y práctica, garantizando el desarrollo de competencias conforme a los lineamientos institucionales.	de calidad, cumplimiento de procedimientos estandarizados, normatividad nacional y lineamientos institucionales del Banco de Sangre.	de notas de aprobación emitidos por el área.
9	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 la solicitud de insumos y elementos de bioseguridad necesarios para el área.	Formato de solicitud de insumos.
10	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.	Estar actualizada en los procesos del banco de sangre y cuando se requiera, asumir la responsabilidad en caso de que el líder y el área lo requiera.	Revisión y firma de formatos del Banco de Sangre.
11	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 desarrolladas se dio cumplimiento a la actividad institucional establecida en la Resolución 932 de 2026	actividades de la 1 a la 10

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
83231552	254.400	325.700	3	49.700	40.800	670.600
	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.

MARIA ALEJANDRA CAVIEDES CARDOZO

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