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
		93596449		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$489.000	

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	197.600	0		0		0	0	0	0	197.600	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	252.900	0	0	0	0	0	0		252.900	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	38.500				38.500	0	0	38.500			385	38.500	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	197.600	197.600
Pensión	1	252.900	252.900
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	489.000	489.000

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
		93596449		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$489.000	

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 1233509740	HERNANDEZ OLAYA AURA SOFIA	59	0			N	X							X									230301	1.580.400	25	252.900	0	0	0	0	EPS005	1.580.400	25	197.600	14-23	1.580.400	25	3	38.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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 2 Fecha: 30/04/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA		3840
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	SERVICIO:	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:	30/09/2026

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	Julio 2026	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	VALOR AUTORIZADO	3.950.833
			06	07	2026		31	07	2026		

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%

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 entrenamiento junto con los compañeros en cuanto a la sensibilización en las diferentes entidades, también se realizaron charlas informativas sobre ITS y hábitos de vida saludable de manera virtual y presencial.	formatos de asistencia a las charlas y sensibilizaciones.
2	2. Apoyar el desarrollo e implementación de estrategias de promoción de la donación de sangre y/o aféresis en el área.	Entrenamiento con los compañeros en las diferentes metodologias para una adecuada sensibilización sobre la donación de sangre	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.	Actualización de las diferentes presentaciones que cuentan como ayuda para las sesiones informativas.	Presentaciones virtuales sobre ITS Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
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 como entrenamiento de ingreso, sensibilizaciones, charlas informativas y entrenamiento de elementos de promoción.	Asistencia a las capacitaciones y 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 da cumplimiento siguiendo las ordenes emitidas por cada una de las instalaciones visitadas antes el adecuado uso de los elementos de protección personal durante las jornadas de entrenamiento.	Inspecciones internas del banco de sangre.
6	6. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.	Se da cumplimiento mediante la ejecución de las sensibilizaciones y charlas informativas programadas, así como la realización de presentaciones informativas como ayuda visual.	Presentaciones elaboradas como ayuda para las diferentes sesiones informativas.
7	7. Apoyar con la ejecución del presente	Con el desarrollo de las anteriores	actividades de la 1 a la 6.

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	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.	actividades se da cumplimiento a esta actividad.	

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
93596449	197.600	252.900	3	38.500	0	489.000
	0	0		0	0	0

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS: inicio de actividades 06 de julio 2026

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