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 | 1015440483 | LEONARDO PRIETO ABELLO | Cra 97 # 24-32 int 7 apto 101 | 8108530 | leopriabe@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 |
| | | 88193156 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $2,866,400 | $944.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 358.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 358.300 | 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 | 458.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 458.700 | 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 | 69.900 | | | | 69.900 | 0 | 0 | 69.900 | | | 699 | 69.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 57.400 | 0 | 0 | 57.400 | 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 | 358.300 | 358.300 |
| Pensión | 1 | 458.700 | 458.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 69.900 | 69.900 |
| CCF | 1 | 57.400 | 57.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 944.300 | 944.300 |

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 | 1015440483 | LEONARDO PRIETO ABELLO | Cra 97 # 24-32 int 7 apto 101 | 8108530 | leopriabe@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 |
| | | 88193156 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $2,866,400 | $944.300 | |

## 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 1015440483 | PRIETO ABELLO LEONARDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.866.400 | 30 | 458.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.866.400 | 30 | 358.300 | 14-11 | 2.866.400 | 30 | 3 | 69.900 | CCF24 | 2.866.400 | 30 | 57.400 | 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 2 |
| | | Fecha: 30/04/2024 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LEONARDO PRIETO ABELLO | | 3588 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | CC | No. DOCUMENTO | 1015440483 |
| NÚMERO DE CONTRATO: | CPS-2026-0330 | CORREO | LEOPRIABE@GMAIL.COM |
| OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA ADELANTAR ACTIVIDADES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA INNOVACIÓN BIOTECNOLÓGICA Y AL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN INGENIERÍA DE TEJIDOS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL IDCBIS | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | INGRID ZULAY SILVA COTE | | |
| HONORARIOS MENSUALES | 7.166.000 | SERVICIO: | Grupo de Investigación Unidad |
| VALOR INICIAL CONTRATO: | 28.664.000 | FUENTE FINANCIACION | Resolucion No. 932 del 2026 |
| PLAZO INICIAL CONTRATO: | INICIO 01/06/2026 | TERMINACION | 30/09/2026 |
| VALOR TOTAL CONTRATO: | 28.664.000 | FECHA FINAL CONTRATO: | 30/09/2026 |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 2026000981 | FECHA | 01/06/2026 | NÚMERO DE CRP: 1 | 20260018 | FECHA | 01/06/2026 |

## EJECUCION DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO | Junio 2026 | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | VALOR AUTORIZADO | 7.166.000 |
| | | | 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 | 01/06/2026 | 30/06/2026 | 30 | 88193156 - | 3 | 7.166.000 | 7.166.000 | 21.498.000 | 25.00% |

## OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

| No. | ACTIVIDADES CONTRATADAS | ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO | MEDIO DE VERIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Participar en la formulación, estructuración y ejecución de proyectos de investigación orientados al desarrollo y evaluación de membranas electrohiladas e hidrogeles para aplicaciones en ingeniería de tejidos. | Preparación del primer lote productivo del hidrogel Hyalovite en alianza con Microgen | Presentación realizada a Microgen con los datos de la producción. https://docs.google.com/presentation/d/1ky-Ze9Qp5of-tQ1jzsBSWoqbWWPYFU4b/edit?rtpof=true&sd=true |
| 2 | Ejecutar y apoyar ensayos de laboratorio relacionados con la caracterización biológica de andamios, incluyendo inmunoensayos, cultivo celular, pruebas de citotoxicidad y adhesión celular. | Ayuda en los cambios de medio de cultivo para la línea celular de melanoma | Cultivo celular |
| 3 | Participar activamente en las actividades de procesamiento, producción y control de calidad durante la fabricación y acondicionamiento de productos de terapia tisular bajo el cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). | Apoyo en la producción de Hyalovite en las instalaciones de Microgen, con ingreso a la sala blanca y uso de equipos cerrados para el procesamiento de polímeros y reactivos grados USP. | Presentación https://docs.google.com/presentation/d/1ky-Ze9Qp5of-tQ1jzsBSWoqbWWPYFU4b/edit?rtpof=true&sd=true |
| 4 | Realizar revisiones bibliográficas, vigilancia tecnológica y análisis del estado del arte relacionados con las líneas de investigación, desarrollo e innovación del grupo de Ingeniería Tisular. | Revisión bibliográfica sobre descelularización de vasos sanguíneos y fabricación de andamios para reparación de arterias | Presentación ppt 12062026 |
| 5 | Participar en la elaboración, redacción, revisión y sometimiento de artículos cientificos, documentos técnicos, capítulos de libro, informes y demás productos de generación y apropiación del conocimiento derivados de las | Preparación del artículo "Glycine-Functionalized Polycaprolactone Electrospun Nanofibers as Bioactive Scaffolds for Skin Tissue Engineering" para su envío a revisión de pares | https://docs.google.com/document/d/1Zdh8DK3TBofYTCepNae1NG_ousI-MUN5FQLuLEKqhY4/edit?tab=t.0 |

| No. | ACTIVIDADES CONTRATADAS | ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO | MEDIO DE VERIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| | actividades de investigación. | | |
| 6 | Participar en reuniones técnicas, comités, capacitaciones, eventos académicos y científicos internos y externos relacionados con las actividades y responsabilidades asignadas en el marco del contrato. | Reuniones de grupo UIT<br><br>Reuniones junto con Planeación para reprogramación BPIN16<br><br>Reuniones con BDT | Calendario Google, Reuniones |
| 7 | Gestionar y desarrollar las actividades de escalamiento y transferencia tecnológica, transferencia de conocimiento del grupo de Ingeniería Tisular, conforme a los lineamientos institucionales establecidos. | Profundización en empaque para hyalovite | Empaque de Hyalovite |
| 8 | Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor del contrato. | Reunión con gestión documental para revisión documental de UIT | |
| 9 | 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 | Reuniones de fortalecimiento de la alianza con Microgen para mejoramiento de proceso, documentación y empaque de Hyalovite | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88193156 | 358.300 | 458.700 | 3 | 69.900 | 57.400 | 944.300 |
| | 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.

INGRID ZULAY SILVA COTE

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Documento generado por el sistema de información. No requiere firma manuscrita.

LEONARDO PRIETO ABELLO

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