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
		93525597	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,028,800	$668.400	

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	0	0	0	253.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	324.700	0	0	0	0	0	0		324.700	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	0	0	49.500			495	49.500	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	0	0	40.600	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	253.600	253.600
Pensión	1	324.700	324.700
Riesgos Laborales	1	49.500	49.500
CCF	1	40.600	40.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	668.400	668.400

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
		93525597	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,028,800	$668.400	

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 2 Fecha: 30/04/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA CAVIEDES CARDOZO		4095
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO	1013651951
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0377	CORREO	MALEJACAVIEDES@GMAIL.
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LA GESTIÓN 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 01/07/2026	TERMINACION	30/09/2026
VALOR TOTAL CONTRATO:	15.216.000	FECHA FINAL CONTRATO:	30/09/2026

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026001212	FECHA	23/06/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260022	FECHA	01/07/2026

EJECUCION DEL CONTRATO

PERIODO CERTIFICADO	Agosto 2026	DESDE	DIA 01	MES 08	AÑO 2026	HASTA	DIA 31	MES 08	AÑO 2026	VALOR AUTORIZADO	5.072.000

No.	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DIAS	N° DE PLANILLA	RIESGO ARL	VALOR A PAGAR	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO	% EJECU.
1	01/07/2026	31/07/2026	30	91797007 -	3	5.072.000	5.072.000	10.144.000	33.33%
2	01/08/2026	31/08/2026	30	93525597 -	3	5.072.000	10.144.000	5.072.000	66.67%

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Apoyar la realización y análisis de informes de verificación, validación, estandarización y/o demostración.	Se realizó la revisión técnica de la verificación del separador automatizado Archimede 3, participando en el análisis de la información obtenida. Adicionalmente, se participó en reuniones para la planificación y seguimiento de las verificaciones de balanzas, equipos Trima.	Informe de verificación en elaboración Arquímedes 3, reuniones para la planeación de verificación de balanzas y trima
2	Digitación de información en las diferentes bases de datos o sistemas de información en las áreas de banco de sangre.	Se apoya en la digitación de base de datos de irradiación del área de procesamiento	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1evcmBYfWreXyel3bt44g3qeivJRm6VXLGZ4i9T7IrZE/edit?gid=769590134#gid=769590134
3	Seguimiento al cumplimiento del cronograma y georreferenciación de acuerdo con la programación establecida.	Se apoya en el seguimiento al cumplimiento del cronograma y georreferenciación de acuerdo con la programación establecida.	Agenda sistematizada https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PDmjTrwTk1l9AAeA8o28cQPm17JldWrs1nIjKyeNY3E/edit?gid=0#gid=0
4	Realizar actividades de programación, contacto y fidelización de donantes.	Se apoya al área de promoción en la atención y recepción de donantes durante las jornadas de donación en el marco de la emergencia suscitada el 10 de agosto y hasta que se solicito esta ayuda.	Agenda sistematizada https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PDmjTrwTk1l9AAeA8o28cQPm17JldWrs1nIjKyeNY3E/edit?gid=0#gid=0
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.	durante la atención a donantes e ingreso a las áreas de laboratorio se dio cumplimiento a las normas de bioseguridad y calidad, haciendo uso adecuado de los elementos de protección personal y siguiendo los procedimientos institucionales establecidos	Autoinspecciones y auditorías realizadas a las diferentes áreas del Banco de Sangre, en las que se evidencia el cumplimiento de las normas de bioseguridad, calidad y de los procedimientos institucionales establecidos.

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
6	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor.	Se apoya al área de colecta en la revisión de encuesta aptas y diferidas en el mes de agosto, se apoya en la recepción y atención de donantes en el marco de las jornadas realizadas por el terremoto del mes de agosto.	Agenda sistematizada https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PDmjTrwTk1l9AAeA8o28cQPm17JldWrs1nIjKyeNY3E/edit?gid=0#gid=0
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 las actividades anteriores se da cumplimiento a la presente actividad	actividades de la1a 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
93525597	253.600	324.700	3	49.500	40.600	668.400
	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