BOGOTÁ D.C., 31 DE MARZO DE 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954-5

DEBE A:

ALEJANDRA ROCIO MEDINA ANGARITA
C.C. 1.007.654.243

LA SUMA DE:
$683.333

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FORMADORA EN EL **CENTRO DE EMERGENCIA RECONCILIACION (**CONTRATO **11010702023),** POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 21 AL 31 DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2.024).

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE.

CORDIALMENTE,

Alejandra R. Medina Angarita

ALEJANDRA ROCIO MEDINA ANGARITA

C.C. 1.007.654.243

PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE DEL ART.383 Y 388 DEL E.T., MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO TENGO HE CONTRATADO NI VINCULADO DOS O MÁS TRABAJADORES ASOCIADOS A MI ACTIVIDAD.

BOGOTA D.C MARZO 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

Juan Diego Bohorquez Franco

C.C. 1014295542 La

Suma de:

$ 2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Formador** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** contrato **110-1070-2023** por el periodo correspondiente del 01 de **Marzo** al 31 de **Marzo** del 2024.

SON: DOS MILLONES CINCUENTAMIL MCTE.

Cordialmente,



Juan Diego Bohorquez Franco

C.C. 1014295542

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-12, 06:40:44 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	JUAN DIEGO BOHORQUEZ FRANCO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1014295542
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062623261
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	572471132
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 379.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 1.100
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 162.500	$ 900
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 6.800	$ 100
		SubTotales:		$ 377.300	$ 2.100
		Total a Pagar:			$ 379.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

BOGOTA D.C MARZO 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JOSE LUIS ROMERO GARZON
C.C. 12339107999

La Suma de:

$ 2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Formador** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** contrato **110-1070-2023** por el periodo correspondiente del 01 de MARZO al 31 de MARZO del 2024.

SON: DOS MILLONES CINCUENTA MIL MCTE.

Cordialmente,

JOSE LUIS ROMERO GARZON. Jose luis Romero

C.C. 1233910799

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-03-27, 10:11:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061778188

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810133104

PAGADO 27/03/2024

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE LUIS ROMERO GARZON		
Documento	CC1233910799	**Dirección**	TV 36 #79 - 45 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214196696
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Ap Min
1233910799	JOSE LUIS ROMERO GARZON	59	00																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente esta en nuestras manos.

BOGOTÁ D.C., 31 DE MARZO DE 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954-5

DEBE A:

MIGUEL ANGEL LEON SANCHEZ
C.C. 1.022.949.737

LA SUMA DE:
$546.667

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FORMADORA EN EL **CENTRO DE EMERGENCIA RECONCILIACION** (CONTRATO **11010702023**), POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 07 AL 14 DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2.024).

SON: QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE.

CORDIALMENTE,

Miguel Angel Leon Sanchez

MIGUEL ANGEL LEON SANCHEZ

C.C. 1.022.949.737

PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE DEL ART.383 Y 388 DEL E.T., MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO TENGO HE CONTRATADO NI VINCULADO DOS O MÁS TRABAJADORES ASOCIADOS A MI ACTIVIDAD.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

BOGOTÁ D.C., 31 DE MARZO DE 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954-5

DEBE A:

EDWIN ALEJANDRO CRUZ MARTINEZ
C.C. 80.802.291

LA SUMA DE:
$751.667

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FORMADORA EN EL **CENTRO DE EMERGENCIA RECONCILIACION** (CONTRATO **11010702023**), POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 20 AL 31 DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2.024).

SON: SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE.

CORDIALMENTE,

Edwin Alejandro Cruz Martinez

EDWIN ALEJANDRO CRUZ MARTINEZ

C.C. 80.802.291

PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE DEL ART.383 Y 388 DEL E.T., MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO TENGO HE CONTRATADO NI VINCULADO DOS O MÁS TRABAJADORES ASOCIADOS A MI ACTIVIDAD.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **ELKIN EDUARDO PATIÑO TORRES**

CC. **1.070.587.032**

La suma de:

$1.300.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADOR ECONOMO** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** (contrato **-1101070-2023)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de (2024).

Son: UN MILLON TRECIENTOS MIL PESOS.

Cordialmente,

ELKIN EDUARDO PATIÑO TORRES
C.C.1.070.587.032

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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	1070587032	ELKIN EDUARDO PATIÑO TORRES	avenida carrera 30#12a-02 sur	8122073	elkinpa7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	02/04/2024	75773013	$377.300	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	16.2500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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	1070587032	ELKIN EDUARDO PATIÑO TORRES	avenida carrera 30#12a-02 sur	8122073	elkinpa7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	02/04//2024	75773013	$377.300	

'ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
...o	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
C	1070587032	PATIÑO TORRES ELKIN EDUARDO	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **JOSE RAFAEL AGUILAR CERA**

CC. **1.128.327.584**

La suma de:

$2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** (contrato **-1070-2023)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de (2024).

Son: DOS MILLONES DE PESOS.

Cordialmente,

Jose Rafael Aguil c.
JOSE RAFAEL AGUILAR CERA
C.C.1.128.327.584

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1128327584		AGUILAR CERA JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78K 57I 22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	537966051	9463859017	I	2024/04/18	2024/03/27	NEQUI	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1128327584	AGUILAR JOSE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/03/27 09:52 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1128327584		AGUILAR CERA JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78K 57I 22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	537966051	9463859017	I	2024/04/18	2024/03/27	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/03/27 09:52 AM

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS**

CC. **30.668.994**

La suma de:

$2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** (contrato **-1101070-2023)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de (2024).

Son: DOS MILLONES DE PESOS

Cordialmente,

KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS
C.C. 30.668.994

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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	30668994	KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS	carrera 78k # 57i - 22	3113019017	gonzalescontreraskatiaelena@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	27/03/2024	75857088	$377.300	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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
CC	30668994	KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS		carrera 78k # 57i - 22	3113019017	gonzalescontreraskatiaelena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	27/03/2024	75857088	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	30668994	GONZALEZ CONTRERAS KATIA ELENA	57	0			N																	230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPSC34	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	1	6,800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANGIE ALEJANDRA REYES VALDES

C.C. 1.012.917.471

La Suma de:

$ 2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **SERVICIO GENERALES** en el **centro de emergencia** contrato **1101-070-2023** por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2024.

SON: DOS MILLONES DE PESOS MCTE.

Cordialmente,

ANGIE REYES

ANGIE ALEJANDRA REYES VALDES
C.C. 1.012.917.471

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012917471		REYES VALDES ANGIE ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra16 #10 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	549257899	9465031764	I	2024/04/16	2024/04/02	NEQUI	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1012917471 REYES ANGIE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **MARTHA CECILIA PALACIOS**

CC. **1.077.432.768**

La suma de:

$2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** (contrato **-1101070-2023)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de (2024).

Son: DOS MILLONES DE PESOS

Cordialmente,

MARTHA CECILIA PALACIOS
C.C.1.077.432.768

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2024-03
Período Salud : 2024-03

Se certifica que en la fecha 2024-03-27 el aportante y/o empresa MARTHA CECILIA PALACIOS QUINTO con documento de identificación CC 1077432768 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante PALACIOS QUINTO MARTHA CECILIA identificado con CC-1077432768, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1077432768	MARTHA CECILIA PALACIOS QUINTO

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8629299068	I	2024-03-27	0,01044

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **RUBIELA VALECIA GARCIA**

CC. **1.006.192.948**

La suma de:

$2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** (contrato **-1101070-2023)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de (2024).

Son: DOS MILLONES DE PESOS

Cordialmente,

Rebiela Valencia Garcia

RUBIELA VALENCIA GARCIA
C.C.1.006.192.948

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

en linea

RALES DEL APORTANTE

ón	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		VALENCIA GARCIA RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG32 #13B-04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

RALES DE LA LIQUIDACION

o	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
24-03	570091965	9464977711	I	2024/04/10	2024/04/11	NEQUI	1	$377,800

N DETALLADA DE APORTES

MPLEADO				PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
icación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
CIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
ajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
192948	VALENCIA RUBIELA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Afiliados(1)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012917471		REYES VALDES ANGIE ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra16 #10 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	549257899	9465031764	I	2024/04/16	2024/04/02	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

Debe a:

ANABEY JOVEN NINCO
C.C. 39.759.225

La suma de:
$1´000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **SERVICIOS GENERALES** en el **CENTRO DE RECONCILIACION** (contrato **1101-070-2023/2024)**, correspondiente del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticuatro (2024).

Son: UN MILLON DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

ANABEY JOVEN NINCO

C.C. 39.759.225

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANABEY JOVEN NINCO
No. Identificación: CC39759225
Dirección: CRA 85L 63B 42
Telefono: 8122073
Correo: recepcionfacturasacnn@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 75729458

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANABEY JOVEN NINCO
Tipo y número de identificación	CC39759225
Número de planilla	75729458
Fecha pago	2024-04-01
Número de autorización pago	1674111
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

75729458

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39759225
APELLIDOS Y NOMBRES: ANABEY JOVEN NINCO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JAIDER JOSE HOYOS MESTRA

C.C. 1001712878

La Suma de:

$ 2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **VIGILANTE** en el **CENTRO DE EMERGENCIA** contrato **110-1070-2023** por el periodo correspondiente del 01 de MARZO al 31 de MARZO del 2024.

SON: DOS MILLONES MCTE.

Cordialmente,

Jaider Hoyos
JAIDER HOYOS M.

C.C. 1001712878

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001712878		HOYOS MESTRA JAIDER JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 100 N. 2B-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	529740759	9463797556	I	2024/04/17	2024/03/22	NEQUI	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 1001712878	HOYOS JAIDER	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001712878		HOYOS MESTRA JAIDER JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 100 N. 2B-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	529740759	9463797556	I	2024/04/17	2024/03/22	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Bogotá D.C 31 de marzo de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

DARLYN MARCELA CRUZ JARAMILLO

C.C. 1.010.130.101

La Suma de:

$ 653.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como PSICOLOGA en el Centro de Emergencia contrato 11010702023 por el periodo correspondiente 18 de marzo a 31 de marzo de 2024.

SON: (SEICIENTOS CINCUENTA Y TRESMIL PESOS) mcte.

Cordialmente,

DARLYN MARCELACRUZ JARAMILLO

C.C. 1.010.130.101

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-03-18, 11:55:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062347535

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810428753

PAGADO 18/03/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DARLYN MARCELA CRUZ JARAMILLO		
Documento	CC1010130101	**Dirección**	CL 23B #30 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3135518732
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					To
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	To
CC 1010130101	DARLYN MARCELA CRUZ JARAMILLO	03	00	X																0	13	13	0	0	(230201) PROTECCION	$ 563.334	$ 90.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 563.334	$ 70.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 563.334	$ 563.334	$ 0	$ 0	$ 90.200	$ 70.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.700	$ 0	$ 160.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Po... de lo Sim...

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Bogotá D.C 31 de marzo del 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ISABELLA ARBOLEDA
C.C. 1007477043

La Suma de:

$ 1.800.0000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como NUTRICIONISTA en la Asociación Cristiana Nuevo Nacimiento Programa Centro de Emergencia contrato 1101-070-2023 por el periodo correspondiente del 1 al 31 de marzo del año 2024.

SON: (UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS) mcte.

Cordialmente,

Isabella Arboleda

ISABELLA ARBOLEDA LEON

C.C. 1007477043

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007477043		ARBOLEDA LEON ISABELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 15 # 10 BIS 13 SAN MARTIN	SIBATE-CUNDINAMARCA	3229087687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	534534070	9464816222	I	2024/04/10	2024/03/26	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1007477043	ARBOLEDA ISABELLA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007477043		ARBOLEDA LEON ISABELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 15 # 10 BIS 13 SAN MARTIN	SIBATE-CUNDINAMARCA	3229087687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	534534070	9464816222	I	2024/04/10	2024/03/26	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANGIE CATHERINE CORREA ROJAS

C.C. 1.233.913.319

La Suma de:

$ 2.200.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TALLERISTA** en el **centro de emergencia** contrato **1101-070-2023** por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2024.

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL MCTE.

Cordialmente,

Angie Catherine Correa Rojas

ANGIE CATHERINE CORREA ROJAS

C.C. 1.233.913.319

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-01, 08:13:56 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	ANGIE CORREA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1233913319
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062560164
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	545929460
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 377.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 162.500	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 6.800	$ 0
			SubTotales:	$ 377.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 377.300

Bogotá D.C 31 de marzo del 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

EDISSON ALBERTO BASTO MORENO
C.C. 1024488679

La Suma de:

$ 2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADORA en la Asociación Cristiana Nuevo Nacimiento Programa Centro de Emergencia contrato 1101-070-2023 por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo del año 2024.

SON: (DOS MILLONES CINCUENTA MIL PESOS) mcte.

Cordialmente,

Edisson Basto

EDISSON ALBERTO BASTO MORENO

C.C. 1024488679

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024488679		BASTO MORENO EDISSON ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 35 b 72 d 41 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7152806	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	535678896	9463778542	I	2024/04/17	2024/03/26	NEQUI	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1024488679	BASTO EDISSON																230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total	**Afiliados(1)**																				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024488679		BASTO MORENO EDISSON ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 35 b 72 d 41 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7152806	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	535678896	9463778542	I	2024/04/17	2024/03/26	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Bogotá D.C marzo 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

PAOLA ANDREA JARA FERNANDEZ

C.C. 5 2 2 0 0 9 2 0

La Suma de:

$ 2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **SERVICIOS GENERALES** en el **centro de emergencia** contrato **1101-070-2023** por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2024.

SON: DOS MILLONES DE PESOS MCTE.

Cordialmente,

cc. 52200920

PAOLA ANDREA JARA FERNANDEZ
C.C. 5 2 2 0 0 9 2 0

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52200920		JARA FERNANDEZ PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Karrera 93 B # 34-97 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3024311435	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	553070302	9465314495	I	2024/04/04	2024/04/03	NEQUI	0	$385,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	52200920 JARA PAOLA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF21	30	$1,300,000	$7,800	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52200920		JARA FERNANDEZ PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Karrera 93 B # 34-97 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3024311435	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	553070302	9465314495	I	2024/04/04	2024/04/03	NEQUI	0	$385,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC		Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0		$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0		$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0		$0
1	CC	52200920	JARA PAOLA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF21	30	$1,300,000	$7,800	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0		$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0		$0

2024/04/02 02:49 PM

Bogotá D.C. 31 de marzo 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT.800.250.954-5

DEBE A:

ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY

C.C 79.427.018 De Bogotá

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios del contrato No. 11010702023 como Médico por el periodo correspondiente a los días del 1 de marzo del 2024 al 31 de marzo del 2024

PLANILLA No: 8375700774

Por un valor a Pagar de $ 1.170.000 (millón ciento setenta mil pesos M/CTE)

Cordialmente.

ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY

C.C 79.427.018 DE BOGOTA

Para efectos de retención en la fuente del Art, 383 y 388 del E.T. manifestó bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY
No. Identificación: CC79427018
Dirección: CRA 23 N 22 26
Telefono: 2695869
Correo: medicoandresolarte@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375700774

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY
Tipo y número de identificación	CC79427018
Número de planilla	8375700774
Fecha pago	2024-04-05
Número de autorización pago	69168579
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377800
Total Intereses de Mora	500

PAGADA
8375700774

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208200	1
EPS008	Compensar EPS	162700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79427018
APELLIDOS Y NOMBRES: ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2024.

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ISABEL HOYOS COLLAZOS

CC41.756.744

La Suma de:

$5.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de Servicios como CAPACITADOR TALENTO HUMANO en el contrato 11010702023 modalidad Centro de Emergencia correspondiente del 1 al 31 de marzo de 2024.

SON: CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE

Cordialmente,

ISABEL HOYOS COLLAZOS
C.C 41.756.744 de Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado ni vinculado dos o más personas asociadas a mi actividad.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41756744		HOYOS COLLAZOS ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVENIDA CARRERA 20 No 86 - 48 APART 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7534054	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	555549930	9464826868	I	2024/04/10	2024/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$260,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
1	CC	41756744	HOYOS ISABEL	0	$0	$0	EPS037	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41756744		HOYOS COLLAZOS ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVENIDA CARRERA 20 No 86 - 48 APART 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7534054	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	555549930	9464826868	I	2024/04/10	2024/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$260,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$260,500**	**$0**	**$0**	**$260,500**