



ACOMPANIAMIENTOS DOMICILIARIO
ELEMIAS SAS

NIT 901288819-1
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica - Otros)
Régimen fiscal: No responsable de IVA
Actividades económicas: 8699
Municipio: Bogotá, D.c. (Bogotá)
Dirección: DG 32 A SUR 4 47
Correo: acompanamientoselemiah@gmail.com
Teléfono: 3173799008



CUFE: 08403d67c7dc797e3da40e29ee7e31bf9df6020c93c699ae19b3ba47848d80bd31025388e4c095991a67f3af1a7ffb2b

Fecha de emisión 2024-05-31	Fecha y hora de autorización 2024-05-31 20:14:00	Prefijo EB	Tipo de operación Estandar
Fecha de vencimiento 2024-05-29	Medio de pago Instrumento no definido	Forma de Pago Contado	Plazo 2 Días
Orden de referencia -			

Adquiriente Nombres y apellidos: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

Número de documento NIT - 800250954-5	Tipo de persona Persona Jurídica	Régimen fiscal No responsable de IVA	Tipo de responsabilidad R-99-PN (No aplica - Otros)
Departamento Bogotá	Municipio Bogotá, D.c.	Dirección CL 22 D 18 48	Teléfono 8122073
Correo asistenteadmonnuevonacimiento@ mail.com			

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	SV05	HORA ORDINARIA DIURNA MES DE MAYO DE 2024	121,00	UNIDAD	\$6.500,00	0%	0%		\$786.500,00
2	SV06	HORA ORDINARIA NOCTURNA MES DE MAYO DE 2024	120,00	UNIDAD	\$8.773,00	0%	0%		\$1.052.760,00
3	SV07	HORA DOMINICAL DIURNA MES DE MAYO DE 2024	4,00	UNIDAD	\$11.373,00	0%	0%		\$45.492,00
4	SV08	HORA DOMINICAL NOCTURNA MES DE MAYO DE 2024	12,00	UNIDAD	\$13.648,00	0%	0%		\$163.776,00

Total Items: 4

Observaciones

FACTURA SERVICIOS ADICIONALES DE APOYO EN INSTITUCION DEL MES DE MAYO DE 2024

Número de autorización: 18764055442670

Rango Autorizado: desde EB 625 hasta EB 1000

Expedida: 2023-09-05 Vigencia: 12 meses Vencimiento: 2024-09-05

Firma Digital:

MWoxkA4kApuv8wGbZBvqAuHtVZkxAZsdREWI+96UxNt8Ln+Z1abDQ/1rdahtASVEdMXpriKtK9s1asWazK4g9yqM3nS9ywtCyc8CYVI/rQqDBEX
AlbVa7vTnIUldfBWLfHoiwGj5LZa/srSwLVAIVmv23DGv6jsNohgX+IIRxezthsaiKvYFcj86kD5KkHxCZ/9vYVCZltHvfpz70HByTOCXrFQ/a6oltT7lbiQm
RWw8QpKoQaKr/opZkxIF1TC2+/8lblzV4khpCfS25j4WAAEZbZ567aAbACHLNVlpF+oz59Vu6UMI00eEjADfz9l8k9v3ZIDFSuS9adiCHvI9Q==

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	\$2.048.528,00
Descuentos	-	\$0,00
Recargos	+	\$0,00
Subtotal neto	=	\$2.048.528,00
Subtotal más impuestos	=	\$2.048.528,00
ReteRenta	-	\$81.941,12
RetelCA	-	\$19.788,78
Total deducciones	=	\$101.729,90
Total a pagar	=	\$1.946.798,10

Bogotá, 01 De Mayo De 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

MARIA FERNANDA CASTRO MALAGON

C.C 1.026.269.297 Bta.

La suma de: Dos millones quinientos mil pesos mtc

(\$ 2.500.000)

Por concepto de:

Capacitación en el área de salud al talento humano del contrato

11008542024

Cordialmente,



MARIA FERNANDA CASTRO MALAGON

C.C 1.026.269.297 Bta.

Bogotá 03 de Mayo de 2024

SEÑORES

Asociación Nuevo Nacimiento

Por medio de la presente solicito a ustedes que me sea consignado el monto cobrado en cuentas de cobro realizadas a título personal a nombre de María Fernanda Castro identificada con CC. 1026269297 de Bogotá a la cuenta de la empresa acompañamientos domiciliario elemiah SAS identificada con NIT. 901288819-1, de la cual soy representante legal.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maf Malagon', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a rectangular border.

MARIA FERNANDA CASTRO MALAGON

C.C 1.026.269.297 Bta.

Bogotá D.C 31 de Mayo de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LUZ MARINA PEREZ JIMENEZ
C.C. 52.213.892 DE BOGOTA

La Suma de:

\$ 4.100.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **COORDINADORA** en el Centro de Emergencia| Mixto contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente del 1 al 31 de Mayo de 2024.

SON: CUATRO MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

LUZ MARINA PEREZ JIMENEZ
C.C. 52.213.892 DE BOGOTA

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



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 5213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 1c-400 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7527242	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor														
2024-05	2024-05	666003711	9466655438	I	2024/06/25	2024/05/28	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$476,000														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$8,600	\$0			\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$8,600	\$0			\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$8,600	\$0			\$0	
1	CC 5213892	PEREZ LUZ	25-14	30	\$1,640,000	\$262,400	EPS005	30	\$1,640,000	\$205,000		0	\$0	\$0		14-11	\$1,640,000	\$8,600	\$0		0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$8,600	\$0			\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 5213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 1c-40d 31	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7527242	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	666003711	9446655438	1	2024/06/25	2024/05/28	SCOTTIABANK COLPATRIA	0	\$476,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$262,400	\$0	\$0	\$262,400
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$262,400	\$0	\$0	\$262,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000
TOTAL					1	\$476,000	\$0	\$0	\$476,000

Bogotá D.C. 31 de mayo 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT.800.250.954-5

DEBE A:

ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY

C.C 79.427.018 De Bogotá

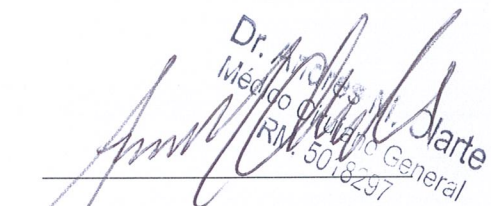
POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios del contrato No. 11008542024 como Médico por el periodo correspondiente a los días del 1 de mayo del 2024 al 31 de mayo del 2024

PLANILLA No. 8377311560

Por un valor a Pagar de: \$ 750.000 (setecientos cincuenta mil pesos M/CTE)

Cordialmente.


Dr. Andres Mauricio Olarte Charry
Médico General
R.M. 5016297
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: 77311560

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANDRES MAURICIO OLARTE CHARRY	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC79427018	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2024
Número de planilla	77311560	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2024
Fecha pago	2024-06-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1734710	Total Pagado	379500
Banco	1083	Total Intereses de Mora	2200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	209200	1
EPS008	Compensar EPS	163400	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

Bogotá D.C, Mayo 31 de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO
C.C. 30.311.537 DE MANIZALES

La Suma de:

\$ 2.200.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVA** en el Centro de Emergencia Mixto contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente del 1 al 31 de Mayo de 2024.

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,



CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO
C.C. 30.311.537 DE MANIZALES

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.

Pelo

DATOS DEL APORTANTE					DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
CC	30311537	CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO	CRA 40 NO 4F 26	3216432572	cpgonzalezos@hotimail.com					1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	2024-05	2024-05	I	28/05/2024	77106593	\$403.300

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	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
25-14	Colpensiones	90033604-7	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.900		69	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	162.500	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000	26.000
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300	403.300

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	30311537	CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO	CRA 40 NO 4F 26	3216432572	cpgonzalez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS
					1
					UPC
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$403.300

DETALLE POR COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN										SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
N.º	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																			
				Cotizante	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Cot. EPS	Cotización / Valor UPC	Cot. ARL	IBC ARL	Cotización	Cot. CCF	Calificación	IBC CCF	Calificación	IBC CCF	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICJF	Aporte parafiscales																							
CC		30371537	GONZALEZ OSORIO CLAUDIA PATRICIA	N	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																

Bogotá D.C 31 mayo de 2024

**ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO
NACIMIENTO N° 800250954-5**

DEBE A:

**Mayra Alejandra Guevara Bernal
C.C. 1.007.351.645 de
Bogotá**

**La Suma de:
\$ 2.800.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Psicóloga** en el Centro de Emergencia La Alegría de Vivir contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente al día 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024.

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Mayra Guevara
**Mayra Alejandra Guevara Bernal
CC. 1.007.351.645 de Bogotá**

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.**

Bogotá D.C mayo 31 de 2024

**ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO
NACIMIENTO N° 800250954-5**

DEBE A:

**Kelly Sorangy Parrado León
C.C. 1030615785 de Bogota**

**La Suma de:
\$ 2.800.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Psicóloga** en el centro de emergencia La Alegría de Vivir contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente al día 1 de mayo del 2024 al 31 de mayo de 2024

SON: DOS MILLONES OCHOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Kelly Parrado

**Kelly S. Parrado León
C.C 1030615785 de Bogota**

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.**

2.50



Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1030615785		PARRADO LEON KELLY SORANGY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ksparradol@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3507644074

Clave: 9467628702

Periodo Pensión: 2024-05 Periodo Salud: 2024-05

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar	Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
2024/06/24	0	\$0	\$403,300	AFP	1	1	\$208,000
				PORVENIR		1	\$208,000
				ARL	1	1	\$6,800
				ARL SURA		1	\$6,800
				CCF	1	1	\$26,000
				COLSUBSIDIO		1	\$26,000
				EPS	1	1	\$162,500
				COMPENSAR		1	\$162,500
				SUBTOTAL			\$403,300
				COMISION OPERADOR			\$0
				IVA			\$0
				TOTAL			\$403,300

Canales de Pago

BANCARIOS



NO BANCARIOS

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción \$9.999.999

72.700
Bogotá D.C mayo 31 de 2024

**ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO
NACIMIENTO NT 800250954-5**

DEBE A:

**Andrea Giraldo Lozada
C.C. 1110518993 de Ibagué**

**La Suma de:
\$ 2.800.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Trabajadora Social** en el centro de emergencia La Alegría de Vivir contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente al día 1 de mayo del 2024 al 31 de mayo de 2024

SON: DOS MILLONES OCHOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Andrea Giraldo Lozada
Andrea Giraldo Lozada

C.C 1110518993 de Ibagué

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.**

Pdo

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110518993		GIRALDO LOZADA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74a #78a 08 tabora	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5440730	N6

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago			
2024-05	2024-05	661448612	9466627983	2024/06/25	2024/05/27	NEQUI	0	\$403,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursales PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	1110518993	GIRALDO ANDREA	30		\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF72	30	\$1,300,000	\$26,000	14-11	30	\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110518993		GIRALDO LOZADA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74a #78a 08 tabora	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5440730	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2024-05	2024-05	661448612	9466627983			I	2024/06/75	2024/05/77	NEQUI	0	\$403,300

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
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	\$403,300	\$0	\$0	\$403,300

BOGOTÁ D.C., 31 DE MAYO DE 2024

**ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954-5**

DEBE A:

**MARYORY ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ
C.C. 1016087210**

LA SUMA DE:
\$353.333

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL MT EN EL CENTRO DE EMERGENCIA **LA ALEGRÍA DE VIVIR** (CONTRATO **11008542024**), POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 10 AL 26 DE MAYO DE 2024.

**SON: TRECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS
M/CTE.**

CORDIALMENTE,

Maryory A. Gomez M.

MARYORY ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ

CC 1016087210

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 MAYO DE 2024

**ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954-5**

DEBE A:

**ERIKA ALEJANDRA TALERO JIMENEZ
C.C. 1014244580**

LA SUMA DE:
\$66.667

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO **TRABAJADORA SOCIAL** MT EN EL CENTRO DE EMERGENCIA **LA ALEGRÍA DE VIVIR** (CONTRATO **11008542024**), POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 27 AL 31 DE MAYO DE 2024.

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

CORDIALMENTE,

Erika A.Talero Jimenez

ERIKA ALEJANDRA TALERO JIMENEZ

CC1014244580

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 mayo de 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A: Steven Cespedes Villalva

C.C 1030674918

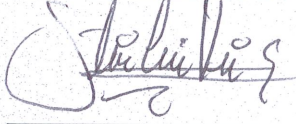
La suma de

2'800.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como PEDAGOGO DEL CENTRO DE EMERGENCIA (con número de contrato) por el período desde el 1 hasta el 31 de mayo (2024).

Son: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS



Steven Cespedes Villalva

1030674918

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

Ruv

La empresa **STEVEN CESPEDES VILLALVA**, identificada con **CC** número **1030674918**, aportó por el empleado **STEVEN CESPEDES VILLALVA** identificado(a) con **CC** número **1030674918** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 05 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	IN	NE	ED	DA	DA	AS	VS	SL	LO	MA	VA	VA	VA	VA	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	PAGADO
14-11	ARL SURA	59															0	30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Mayo - 2024	77323201	28/05/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Mayo - 2024	77323201	28/05/2024	NO
230301	Porvenir	59															0	30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Mayo - 2024	77323201	28/05/2024	NO

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Mayo** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.