PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-01, 04:06:07 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067687077

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823588053

PAGADO 31/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA DUSSAN CARDENAS		
Documento	CC1018506685	**Dirección**	CL 48A SUR #88 C - 80 LAS MARGARITAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112698674
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
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	Total
CC 1018506685	ANA MARIA DUSSAN CARDENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	1,044	$ 1.300.000	$ 13.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100

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	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100	$ 0	$ 384.100

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 Poder de lo SIMPLE!

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

Bogotá D.C, 31 de octubre de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

Steven Cespedes Villalva

CC: 1030674918 BOGOTÁ

La Suma de:

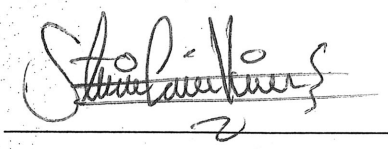
$2.800.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como pedagogo en el Centro de Emergencia Mixto contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024.

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,



Steven Cespedes Villalva

CC: 1030674918 DE BOGOTÁ

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del ET. 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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **STEVEN CESPEDES VILLALVA**, identificada con **CC** número **1030674918**, aportó por **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 10 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN V/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Octubre - 2024	81187548	25/10/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Octubre - 2024	81187548	25/10/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Octubre - 2024	81187548	25/10/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Octubre** de **2024**

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

Bogotá D.C octubre 31 del 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT 800250954-5

DEBE A:

Jaime Eduardo Pascuales Bracho
C.C. 1003265034 de Valledupar

La Suma de:
$ 2.200.000

POR CONCEPTO DE:

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

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Jaime Eduardo Pascuales Bracho
C.C1003265034 de Valledupar

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.

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	1003265034	JAIME EDUARDO PASCUALES BRACHO	CALLE 10 # 11B - 15	601123456	jpascualesbracho@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		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	
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81225028	$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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	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

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

Debe a:
LAURA GABRIELA ORTEGON MARTÍNEZ
C.C. 1032496952 de Bogotá D.C

La suma de:
UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 1.800.000 COP)

POR CONCEPTO DE:
Prestación de servicios como **NUTRICIONISTA DIETISTA** en el CENTRO DE EMERGENCIA 71 (contrato 11-00854-2024), por el periodo correspondiente del 01 al 31 del mes de Octubre de dos mil veinticuatro (2024).

Son: **UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 1.800.000 COP)**

Cordialmente,

LAURA GABRIELA ORTEGON MARTÍNEZ
C.C. 1032496952 de Bogotá D.C

De acuerdo al Art.383 y 388 del E.T., y para efectos de retención en la fuente, manifiesto que no tengo vinculadas ni subcontratadas personas para desarrollar mi actividad profesional. CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN 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	1032496952	LAURA GABRIELA ORTEGON MARTINEZ	CARRERA 6A ESTE N 30A 11	3105752734	lauragabi98@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81213204	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
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	1032496952	LAURA GABRIELA ORTEGON MARTINEZ	CARRERA 6A ESTE N 30A 11	3105752734	lauragabi98@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81213204	$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	Colom. 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	1032496952	ORTEGON MARTINEZ LAURA GABRIELA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	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., 31 de OCTUBRE de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

Debe a:
GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ
C.C. 1007418859 de Bogotá D.C

La suma de:
UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 1.800.000 COP)

POR CONCEPTO DE:
Prestación de servicios como **NUTRICIONISTA DIETISTA** en el CENTRO DE EMERGENCIA 128 (contrato 11-00850-2024), por el periodo correspondiente del 01 al 31 del mes de OCTUBRE de dos mil veinticuatro (2024).

Son: **UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 1.800.000 COP)**

Cordialmente,

Gianna Marisel Benavides J.
GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ
C.C. 1007418859 de Bogotá D.C

De acuerdo al Art.383 y 388 del E.T., y para efectos de retención en la fuente, manifiesto que no tengo vinculadas ni subcontratadas personas para desarrollar mi actividad profesional. CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN 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	1007418859	GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ	cr16 #63b-25	3247315933	benavides.marisel99@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	28/10/2024	81252379	$384.100	

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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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	1007418859	GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ	cr16 #63b-25	3247315933	benavides.marisel99@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	
2024-10	2024-10	I	28/10/2024	81252379	$384.100	

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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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

BOGOTÁ 31 DE OCTUBRE DEL 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ

C.C. 1070976665

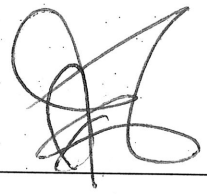
LA SUMA DE: $ 2.200.000

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE EMERGENCIA MIXTO CONTRATO 11-00854-2024 POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024.

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

CORDIALMENTE



AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ

C.C. **1070976665**

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 mas trabajadores asociados a mi actividad.

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-25, 03:24:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1066855853 **Referencia pago(PIN)** 8842433090

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-10-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ				
Documento	CC 1070976665	**Dirección**	MANABLANCA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3229519503		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	FACATATIVA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1070976665		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CUEVAS HERNANDEZ AURA THALIA	25269000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.300.000	$ 6.800	CCF22	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.300

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 Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-25, 03:24:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1066855853 **Referencia pago(PIN)** 8842433090

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-10-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ				
Documento	CC 1070976665	**Dirección**	MANABLANCA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3229519503		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	FACATATIVA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1070976665		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CUEVAS HERNANDEZ AURA THALIA	25269000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Codigo Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.300.000	$ 6.800	CCF22	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.300

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 Poder de lo SIMPLE!

BOGOTÁ D.C, 31 DE OCTUBRE 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-4

DEBE A:

DANIEL HUMBERTO DIAZ HERNANDEZ

CC: 1.110.539.619

LA SUMA DE:

$ 2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADOR en el CENTRO DE EMERGENCIA MIXTO contrato 11-00854-2024 por el periodo correspondiente del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024.

SON: DOS MILLONES CINCUENTA MIL M/CTE.

Cordialmente,

Daniel Díaz

Daniel Díaz Hernández

CC: 1.110.539.619

Para efectos de retención en la fuente delArt.383 y 388 del ET. 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: 2024-10-24, 04:12:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066851001

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810452016

PAGADO 23/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANIEL HUMERTO DIAZ HERNANDEZ		
Documento	CC1110539619	**Dirección**	VÍA 0 #0 - 0 SPM 9 M2 CS 9 CASTILLA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102757518
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
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	Total
CC 1110539619	DANIEL HUMBERTO DIAZ HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 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	$ 0	$ 377.300

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

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!

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

Bogotá D.C, 31 de Octubre de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LAURA VANESSA GIL SCHWACHA
C.C. 1.007.228.053 DE BOGOTA

La Suma de:

$2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADORA en el Centro de Emergencia| Mixto contrato 11-00854-2024 desde el 1 al 31 de Octubre de 2024.

SON: DOS MILLONES CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Vanessa Gil S.

LAURA VANESSA GIL SCHWACHA
C.C. 1.007.228.053 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

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 1007228053		GIL SCHWACHA LAURA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 58 # 90 C 92- SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142800778	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1004129760	9474456865	I	2024/11/15	2024/10/25	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

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	Dias	IBC	Aporte
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 1007228053	GIL LAURA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	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

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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 1007228053		GIL SCHWACHA LAURA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 58 # 90 C 92- SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142800778	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1004129760	9474456865	I	2024/11/15	2024/10/25	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

CONCEPTO	CODIGO	NIT	DV	# PERSONAS	VALOR APORTE/INCAPS	INTERESES DE MORA	SANCIONES (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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

Bogotá D.C, 31 de Octubre de 2024

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

KAREN LORENA GIL SCHWACHA
C.C. 1.000.937.282 DE BOGOTA

La Suma de:

$2.050.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADORA** en el Centro de Emergencia| Mixto contrato 11-00854-2023 desde el 1 al 31 de Octubre de 2024.

SON: DOS MILLONES CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Karen Gil S.

KAREN LORENA GIL SCHWACHA
C.C. 1.000.937.282 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