Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

FAIR YANCY CASTRILLON

CC 52.371.846

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **FISIOTERAPEUTA** , en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **FAIR YANCY CASTRILLON**

CC, 52.371.846.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7388

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
FAIR YANCY CASTRILLON		
NIT o C.C.	52371846	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 26D N. 31A 22 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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	52371846	FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ	CLL 31 A # 26 B 91 SUR	2023485	DOCFAIRYANCY@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81521339	$579.700	

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	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.900				42.900	0	0	42.900			429	42.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.200	0	0	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	42.900	42.900
CCF	1	35.200	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	579.700	579.700

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
CC	52371846	FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ		CLL 31 A # 26 B 91 SUR	2023485	DOCFAIRYANCY@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	06/11/2024	81521339	$579.700	

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	Estornudo	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	52371846	CASTRILLON RAMIREZ FAIR YANCY	57	0			N																	230301	1.759.890	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.759.890	220.000	14-23	1.759.890	3	42.900	CCF24	1.759.890	35.200	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

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LUISA FERNANDA LEON MERCADO

CC 1.030.526.655

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **GERONTOLOGA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **LUISA FERNANDALEON MERCADO**

CC, 1.030.526.655.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7389

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUISA FERNANDA LEON MERCADO		
NIT o C.C.	1030526655	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 43 SUR . 72N 34	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO GERONTOOGA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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	1030526655	LUISA FERNANDA LEON MERCADO	Calle 43 sur No. 72 n 34	8046914	luisafernandaleon@gmail.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	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81341722	$555.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.400				18.400	0	0	18.400			184	18.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.200	0	0	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	18.400	18.400
CCF	1	35.200	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	555.200	555.200

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
CC	1030526655	LUISA FERNANDA LEON MERCADO		Calle 43 sur No. 72 n 34	8046914	luisafernandaleon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	01/11/2024	81341722	$555.200	

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	Estornado	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	1030526655	LEON MERCADO LUISA FERNANDA	59	0			N																	25-14	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS010	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	2	18.400	CCF24	1.760.000	35.200	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

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

SANDRA CRISTINA GARCIA OSORIO

CC 1.032.370.071

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **JEFE DE ENFERMERIA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **SANDRA CRISTINA GARCIA OSORIO**

CC, 1.032.370.071.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7390

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SANDRA CRISTINA GARCIA		
NIT o C.C.	1032370071	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 46-168-15	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO JEFE ENFERMERIA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-01, 10:30:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067732082

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 01/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA CRISTINA GARCIA OSORIO		
Documento	CC1032370071	**Dirección**	CR 20 #9 C - 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3105875839
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 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	Aporte Ministerio	Total
CC 1032370071	SANDRA CRISTINA GARCIA OSORIO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.760.000	$ 281.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.760.000	$ 220.000	2,436	$ 1.760.000	$ 42.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.760.000	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 555.100

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
$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 281.600	$ 220.000	$ 42.900	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 555.100	$ 0	$ 555.100

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.

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 53159604		POLANIA PALACIOS ANGELA MARIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 137 # 85-76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3333333	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	13875867	9475831822	I	2024/11/05	2024/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$544,500

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)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
1	CC 53159604	POLANIA ANGELA	231001	30	$1,759,890	$281,600	EPS017	30	$1,759,890	$220,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,759,890	$42,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$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 53159604		POLANIA PALACIOS ANGELA MARIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 137 # 85-76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3333333	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	13875867	9475831822	I	2024/11/05	2024/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$544,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,900	$0	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,900	$0	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				**1**	**$544,500**	**$0**	**$0**	**$544,500**

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANGELA MARIA LUISA POLANIA PALACIOS

CC 53.159.604

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **JEFE DE ENFERMERIA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma: Angela Maria Polania Palacios.

Nombre: **ANGELA MARIA LUISAPOLANIA PALACIOS**

CC, 53.159.604.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7391

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGELA MARIA LUISA POLANIA PALACIOS		
NIT o C.C.	53159604	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CR 8C 184 23	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO JEFE ENFERMERIA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

EDISON DUQUE VALENCIA

CC 1.030.547.900

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **JEFE DE ENFERMERIA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **EDISON DUQUE VALENCIA**

CC, 1.030.547.900.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7392

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
EDISON DUQUE		
NIT o C.C.	1030547900	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 18 N° 89- 54	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO JEFE ENFERMERIA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-05, 13:11:17 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla 80384989**

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDISON DUQUE VALENCIA				
Documento	CC 1030547900	**Dirección**	CL 48 SUR #77 P - 59 NOGAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142184940		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030547900		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					DUQUE VALENCIA EDISON	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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	0			$ 1.759.890	231001		16 %	$ 1.759.890	$ 281.600	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.759.890	$ 220.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.759.890	$ 42.900	-	0,6 %	0	0	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 281.600	$ 0	$ 0	$ 220.000	$ 42.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

KAROL HEIDY BENAVIDES HERMOSA

CC 52.887.899

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **JEFE DE ENFERMERIA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma Karol Benavides H

Nombre: **KAROL HEIDYBENAVIDES HERMOSA**

CC, 52.887.899.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7393

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
KAROL HEIDY BENAVIDES HERMOSA		
NIT o C.C.	52887899	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CR 8C 184 23	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO JEFE ENFERMERIA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-03, 03:56:29 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067055415

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

PAGADA 2024-10-03 15:53:41.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAROL HEIDY BENAVIDES HERMOSA				
Documento	CC 52887899	**Dirección**	CLL 183 N° 11 - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4887224		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52887899		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					BENAVIDES HERMOSA KAROL HEIDY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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	0				$ 1.760.000	230201		16 %	$ 1.760.000	$ 281.600	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.760.000	$ 220.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.760.000	$ 42.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 281.600	$ 0	$ 0	$ 220.000	$ 42.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.500

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 de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ

CC 32.828.565

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **NUTRICIONISTA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ**

CC, 32.828.565.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7394

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ROCIO SUSANA CAMPO			
NIT o C.C.	32828565		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 46-168-28		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-05, 04:28:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067003315

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810653331

PAGADO 02/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ		
Documento	CC32828565	**Dirección**	CR 96 #61 B - 17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3006158604
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 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	Aporte Ministerio	Total
CC 32828565	ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.700.000	$ 272.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.700.000	$ 212.500	1,044	$ 1.700.000	$ 17.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 502.300

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
$ 1.700.000	$ 1.700.000	$ 1.700.000	$ 0	$ 272.000	$ 212.500	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 502.300	$ 0	$ 502.300

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!

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

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

RINA MILENA CASTILLO PARDO

CC 37.625.973

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **PSICOLOGA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **RINA MILENA CASTILLO PARDO**

CC, 37.625.973.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7395

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
RINA MILENA CASTILLO PARDO		
NIT o C.C.	37625973	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	VEREDA IQUIZA CJTO VILLAS DE MA;ON CASA 18 E 3	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-02, 02:31:13 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	RINA MILENA CASTILLO PARDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 37625973
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	74100458
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1023575586
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 510.800
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	$ 281.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 220.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 9.200	$ 0
		SubTotales:		$ 510.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 510.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo 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.

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LIZETH VILLAFANE

CC 1.090.408.364

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TERAPEUTA OCUPACIONAL,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **LIZETH VILLAFANE**

CC, 1.090.408.364.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7396

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ		
NIT o C.C.	1090408364	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 70 C 101 19	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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	1090408364	LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ	CALLE 102A No. 70c - 35	3204478006	lizycrazy07@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81409871	$510.800	

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	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.800	510.800

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	1090408364	LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ		CALLE 102A No. 70c - 35	3204478006	lizycrazy07@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	01/11/2024	81409871	$510.800	

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	Estornado	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	1090408364	VILLAFAÑE HERNANDEZ LIZETH JOHANA	59	0			N																	230301	1.759.890	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.759.890	220.000	14-23	1.759.890	1	9.200		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

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA

CC 1.024.511.264

LA SUMA DE:

($ 4.399.725)

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TRABAJADOR SOCIAL,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,



Firma

Nombre: **OSCAR IVANGUILLEN CARDONA**

CC, 1.024.511.264.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7397

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
OSCAR IVAN GUILLEN		
NIT o C.C.	1024511264	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 78 N. 63A - 20 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TRABAJADOR SOCIAL CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.399.725

Valor en Letras

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.399.725**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**42.501**
TOTAL DOCUMENTO	**4.357.224**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-01, 03:27:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066966553

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810650749

PAGADO 01/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA		
Documento	CC1024511264	**Dirección**	CR 78 #63 A - 20 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7760072
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 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	Aporte Ministerio	Total
CC 1024511264	OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.759.890	$ 281.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.759.890	$ 220.000	0,522	$ 1.759.890	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.800

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
$ 1.759.890	$ 1.759.890	$ 1.759.890	$ 0	$ 281.600	$ 220.000	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.800	$ 0	$ 510.800

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.

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 51810545		GARCIA RODRIGUEZ CLARA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 59 N 152 B - 74 INT 17 APTO 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6051941	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	1000000265	9474318386	I	2024/11/14	2024/10/29	BANCO DE BOGOTA	0	$169,300

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)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 51810545	GARCIA CLARA		0	$0	$0	EPS001	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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 51810545		GARCIA RODRIGUEZ CLARA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 59 N 152 B - 74 INT 17 APTO 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6051941	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	1000000265	9474318386	I	2024/11/14	2024/10/29	BANCO DE BOGOTA	0	$169,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$169,300**	**$0**	**$0**	**$169,300**

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

CLARA ASTRID GARCIA RODRIGUEZ

CC 51.810.545

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR EN TERAPIA OCUPACIONAL,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **CLARA ASTRID GARCIA RODRIGUEZ**

CC, 51.810.545.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7398

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CLARA ASTRID GARCIA RODRIGUEZ		
NIT o C.C.	51810545	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Carrera 59 No. 152 B 74	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	6051941	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX TERAPIA OCUPACIONAL CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JESSICA DAYANNA LOPEZ MUÑOZ

CC 1.023.945.055

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR EN TERAPIA OCUPACIONAL,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JESSICA DAYANNA LOPEZ MUÑOZ**

CC, 1.023.945.055.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7399

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JESSICA DAYANA LOPEZ			
NIT o C.C.	1023945055		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 78 SUR N° 37B 45		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		2658974	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX TERAPIA OCUPACIONAL CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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 1023945055		LOPEZ MUÑOZ JESSICA DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera71 #65b-38 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057637392	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	1024471683	9474530768	I	2024/11/15	2024/11/05	BANCOLOMBIA	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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1023945055	LOPEZ JESSICA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	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

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 1023945055		LOPEZ MUÑOZ JESSICA DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera71 #65b-38 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057637392	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	1024471683	9474530768	I	2024/11/15	2024/11/05	BANCOLOMBIA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
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	$402,200	$0	$0	$402,200

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

HARBY GARCIA

CC 1.031.149.227

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TECNICO AMBIENTAL,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **HARBYGARCIA**

CC, 1.031.149.227.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7400

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
HARBY GARCIA CASALLAS		
NIT o C.C.	1031149227	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	TRANSVERSAL 32 58 C 92 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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

Señor(a): HARBY GARCIA CASALLAS
No. Identificación: CC1031149227
Dirección: TRANSVERSAL 32 # 58C - 92 SUR
Telefono: 7178738
Correo: harby.garcia101093@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8367677476

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HARBY GARCIA CASALLAS
Tipo y número de identificación	CC1031149227
Número de planilla	8367677476
Fecha pago	2024-11-05
Número de autorización pago	56291317
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre 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
EPS002	Salud Total EPS	162500	1

8367677476

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1031149227
APELLIDOS Y NOMBRES: HARBY GARCIA CASALLAS

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
EPS002	230301	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 Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JENNIFER VANESSA MIRANDA ESCUCHA

CC 1.024.505.004

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TECNICO DE ARCHIVO,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JENNIFER VANESSA MIRANDA ESCUCHA**

CC, 1.024.505.004.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7401

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JENNIFER VANESSA MIRANDA ESCUCHA			
NIT o C.C.	1024505004		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Calle 58a sur # 75 59		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3144429567	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO DE ARCHIVO CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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 1024505004		MIRANDA ESCUCHA JENNIFER VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 58a sur # 75-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8065991	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	1022882494	9476704558	I	2024/11/05	2024/11/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$403,300

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			$1,300,000	$26,000			$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	$26,000			$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	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1024505004	MIRANDA JENNIFER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-23	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	$26,000			$1,300,000	$6,800		$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 1024505004		MIRANDA ESCUCHA JENNIFER VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 58a sur # 75-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8065991	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	1022882494	9476704558	I	2024/11/05	2024/11/05	BANCO CAJA SOCIAL	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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
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	$403,300	$0	$0	$403,300

Bogotá, D.C., 31 de Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MARIO POVEDA

CC 1.019.015.392

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TECNICO DE GASTRONOMIA,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **MARIO POVEDA**

CC, 1.019.015.392.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7402

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARIO STIVEN POVEDA GARCIA		
NIT o C.C.	1019015392	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 48 A 6 20	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	6051941	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO DE GASTRONOMIA CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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

Señor(a): MARIO STIVEN POVEDA GARCIA
No. Identificación: CC1019015392
Dirección: CALLE 48A # 6-20
Telefono: 3112547483
Correo: mapog32@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381480409

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIO STIVEN POVEDA GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1019015392
Número de planilla	8381480409
Fecha pago	2024-11-05
Número de autorización pago	14232913
Banco	1023

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

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	162500	1

8381480409

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019015392
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIO STIVEN POVEDA GARCIA

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
EPS001	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 Octubre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JAVIER VILLALBA

CC 79.615.190

LA SUMA DE:

($ 2.665.805)

DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **TECNICO OPERATIVO,** en el marco del convenio No. 8130 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 1 al 31 de octubre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JAVIER VILLALBA**

CC, 79.615.190.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

7403

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JAVIER ALEXANDER VILLALBA GARCIA		
NIT o C.C.	79615190	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	cl 11 b 74 67	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	3213819757	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/10/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO OPERATIVO CONVENIO 8130 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.665.805

Valor en Letras

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.665.805**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**25.752**
TOTAL DOCUMENTO	**2.640.053**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

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 79615190		VILLALBA GARCIA JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 86a #111a-49 int19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	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	1036986731	9475143713	I	2024/11/25	2024/11/08	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	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 79615190	VILLALBA JAVIER	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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

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 79615190		VILLALBA GARCIA JAVIER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 86a #111a-49 int19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	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	1036986731	9475143713	I	2024/11/25	2024/11/08	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300