Fusagasugá 26 de diciembre del 2024

Cuenta de Cobro: MSCO 0112 – 2024

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT: 890.982.597-7

DEBE A:

Melissa Sofia Coronado Olmos
CC. 1043024126 de Sabanalarga/Atlántico

La suma de: ($4.400.000) Cuatro millones cuatrocientos mil pesos M/Cte.

Por concepto de: Servicios prestados como TERAPEUTA FISICA, dentro de la ejecución del convenio 8142-2024 suscrito entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto, cuyo objeto es la atención de Personas Mayores en la comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara de Fusagasugá, actividades que he desarrollado durante el mes de diciembre del año en curso.

Para efectos del pago, Anexo copia del pago de seguridad social del presente mes el cual efectuó a través de la plataforma de mi planilla.

Atentamente,

Melissa Sofia Coronado Olmos
CC. 1043024126 de Sabanalarga/Atlántico

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	1043024126	MELISSA SOFIA CORONADO OLMOS	Carrera 5 Nro 19-86 Torre B apto 204	8719137	meloc9724@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ		SI

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	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82219288	$544.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.500	544.500

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	1043024126	MELISSA SOFIA CORONADO OLMOS	Carrera 5 Nro 19-86 Torre B apto 204	8719137	meloc9724@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ		SI

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	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82219288	$544.500	

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	1043024126	CORONADO OLMOS MELISSA SOFIA	57	0			N																	230301	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS037	1.760.000	220.000	14-4	1.760.000	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Fusagasugá, 25 de Diciembre del 2024.

Cuenta de Cobro: EE07–2024

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT: 890.982.597-7

DEBE A:

ERIK DE JESÚS ESTRADA CASTRO
CC. 1193111405 de BARRANQUILLA

La suma de: ($4.400.000) CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL Pesos M/Cte.

Por concepto de: Servicios prestados como NUTRICIONISTA, dentro de la ejecución del convenio 8142-2024 suscrito entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto, cuyo objeto es la atención de Personas Mayores en la comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara de Fusagasugá, actividades que he desarrollado durante el mes de diciembre del año en curso.

Para efectos del pago, Anexo copia del pago de seguridad social del presente mes el cual efectúo a través de la plataforma de pagos Aportes en línea.

Atentamente,

ERIK DE JESÚS ESTRADA CASTRO
CC. 1193111405 de BARRANQUILLA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193111405		ESTRADA CASTRO ERIK DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 5 16	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3236589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180759791	9480043058	I	2025/01/03	2025/01/08	NEQUI	5	$546,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,760,000**	**$281,600**			**$1,760,000**	**$220,000**			**$0**	**$0**			**$1,760,000**		**$42,900**		**$0**	**$0**		**$544,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,760,000**	**$281,600**			**$1,760,000**	**$220,000**			**$0**	**$0**			**$1,760,000**		**$42,900**		**$0**	**$0**		**$544,500**
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					**$1,760,000**	**$281,600**			**$1,760,000**	**$220,000**			**$0**	**$0**			**$1,760,000**		**$42,900**		**$0**	**$0**		**$544,500**
1	CC	1193111405	ESTRADA ERIK		X															23020 1	30	$1,760,000	$281,600	EPS002	30	$1,760,000	$220,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,760,000	2.436%	$42,900	0	$0	$0	No	$544,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,760,000	$281,600			$1,760,000	$220,000			$0	$0			$1,760,000		$42,900		$0	$0		$544,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193111405		ESTRADA CASTRO ERIK DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19 5 16	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3236589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180759791	9480043058	I	2025/01/03	2025/01/08	NEQUI	5	$546,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$900	$0	$282,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$281,600	$900	$0	$282,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,900	$200	$0	$43,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$42,900	$200	$0	$43,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$700	$0	$220,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$220,000	$700	$0	$220,700
TOTAL				**1**	**$544,500**	**$1,800**	**$0**	**$546,300**

Fusagasugá, 25 de diciembre de 2024

Cuenta de Cobro: 01 – 2024

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT: 890.982.597-7

DEBE A:

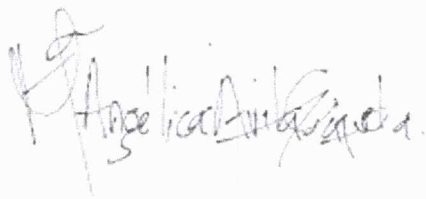
MARÍA ANGÉLICA ÁVILA GUÁQUETA
CC. 1019069048 de BOGOTÁ

La suma de: ($2.200.000) dos millones doscientos mil Pesos M/Cte.

Por concepto de: Servicios prestados como NUTRICIONISTA, dentro de la ejecución del convenio 8142-2024 suscrito entre la Secretaria Distrital de Integración Social y el Instituto, cuyo objeto es la atención de Personas Mayores en la comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara de Fusagasugá, actividades que he desarrollado durante el mes de diciembre del año en curso.

Para efectos del pago, Anexo copia del pago de seguridad social del presente mes el cual efectuó a través de la plataforma de Mi planilla.

Atentamente,



MARÍA ANGÉLICA ÁVILA GUÁQUETA
CC. 1019069048 de BOGOTÁ

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	1019069048	MARIA ANGELICA AVILA GUAQUETA	CARRERA 87 B # 128 B-26	3015148530	maavilag@unal.edu.co	
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	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82635201	$428.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019069048	MARIA ANGELICA AVILA GUAQUETA		CARRERA 87 B # 128 B-26	3015148530	maavilag@unal.edu.co	
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	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82635201	$428.200	

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	Estudiante	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	1019069048	AVILA GUAQUETA MARIA ANGELICA	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Fusagasugá 25 de Diciembre de 2024.

Cuenta de Cobro 12 - 2024

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT: 890.982.597-7

DEBE A:

OFELIA DEL SOCORRO GIRALDO DUQUE
CC. 22.082.918 de Santuario

La suma de: ($1.333.000) Un Millón Trescientos Treinta y Tres Pesos M/Cte.

Por concepto de: Servicios prestados como AUXILIAR DE ENFERMERIA, dentro de la ejecución del convenio 8142-2024 suscrito entre la Secretaria Distrital de Integración Social y el Instituto, cuyo objeto es la atención de Personas Mayores en la comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara de Fusagasugá, actividades que he desarrollado durante el mes de Diciembre del año en curso.

Para efectos del pago, Anexo copia del pago de seguridad social del presente mes el cual efectuó a través de la plataforma de pagos Aportes en línea.

Atentamente,

Ofelia del Socorro Giraldo Duque
OFELIA DEL SOCORRO GIRALDO DUQUE
CC. 22.082.918 de Santuario

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22082918		GIRALDO DUQUE OFELIA DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kmt 2 via fasagasuga	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3022371383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1171480039	9479155766	I	2025/01/08	2025/01/03	BANCO AV VILLAS		$176,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	22082918	GIRALDO DUQUE OFELIA DEL SOCORRO																			0	$0	$0	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0	No	$176,100
Total	**Afiliados(1)**																						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0		$176,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22082918		GIRALDO DUQUE OFELIA DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kmt 2 via fasagasuga	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3022371383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1171480039	9479155766	I	2025/01/08	2025/01/03	BANCO AV VILLAS		$176,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$13,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$176,100**	**$0**	**$176,100**

Fusagasugá 25 de Diciembre de 2024.

Cuenta de Cobro: AB12 - 2024

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT: 890.982.597-7

DEBE A:

AMANDA OLIVA DE JESUS BETANCUR HERRERA
CC. 21.514.923 de Armenia (Antioquia)

La suma de: ($2.670.000) Dos Millones Seiscientos Setenta Mil Pesos M/Cte.

Por concepto de: Servicios prestados como TALLERISTA EN ARTES Y OFICIOS, dentro de la ejecución del convenio 8142-2024 suscrito entre la Secretaria Distrital de Integración Social y el Instituto, cuyo objeto es la atención de Personas Mayores en la comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara de Fusagasugá, actividades que he desarrollado durante el mes de Diciembre del año en curso.

Para efectos del pago, Anexo copia del pago de seguridad social del presente mes el cual efectuó a través de la plataforma de pagos Aportes en línea.

Atentamente,

Amanda Betancur H
AMANDA BETANCUR HERRERA
CC. 21.514.923 de Armenia (Antioquia)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 21514923		BETANCUR HERRERA AMANDA OLIVA DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KILOMETRO 2 VEREDA LOS SAUCES	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3193659	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1171592075	9479894815	I	2025/01/09	2025/01/03	BANCO AV VILLAS		$176,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	21514923	BETANCUR HERRERA AMANDA OLIVA DE JESUS		X																	0	$0	$0	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0	No	$176,100
Total	**Afiliados(1)**																						$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0		$176,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 21514923		BETANCUR HERRERA AMANDA OLIVA DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KILOMETRO 2 VEREDA LOS SAUCES	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3193659	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1171592075	9479894815	I	2025/01/09	2025/01/03	BANCO AV VILLAS		$176,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$13,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$162,500
TOTAL				1	$176,100	$0	$176,100