ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030533984
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-14
FECHA DE PAGO:	2024-12-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	31739730
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31739730
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 31.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 402.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/02/2025

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE

CC 1.030.533.984

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 1,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Carolina Alarcón

Nombre: **ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE**
CC, 1.030.533.984

Numero Cta: 100-879495-46
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8145

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
CAROLINA ALARCON			
NIT o C.C.	1030533984		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 38C SUR # 70 10		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		8134226	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: e89e307b2d8ddf9a83a54190044bdaa91a3508b7446e9822acf269a52e46e8edf3206e2aaf6f5a8d847e716492a57732 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:09 p. m.

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 35589942		RIVAS ANA TIVIDAD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 135 A N 93 - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1000001581	9477764553	I	2025/01/13	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	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 35589942	RIVAS ANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	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 35589942		RIVAS ANA TIVIDAD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 135 A N 93 - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1000001581	9477764553	I	2025/01/13	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANA TIVIDAD RIVAS

CC 35.589.942

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 2,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Ana Riv

Nombre: **ANA TIVIDAD RIVAS**
CC, 35.589.942

Numero Cta: 24022657185
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8146

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ANATIVIDAD RIVAS			
NIT o C.C.	35589942		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-168-16		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 39648a55a988491905ce7e80ea935b3b5da0d373073beada483599d44dfa117fbddb9da7c754de6782ab9bcf28e2df19 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:11 p. m.

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 52781419		GONZALEZ MARTINEZ ANGELA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 H #111 A - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3222306778	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	1154304251	9479548262	I	2025/01/08	2024/12/26	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
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**		**$402,200**
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**		**$402,200**
1	CC	52781419 GONZALEZ ANGELA																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52781419		GONZALEZ MARTINEZ ANGELA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 H #111 A - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3222306778	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	1154304251	9479548262	I	2025/01/08	2024/12/26	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANGELA ANDREA GONZALEZ MARTINEZ

CC 52.781.419

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 3,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Andrea Gonzalez

Nombre: **ANGELA ANDREA GONZALEZ MARTINEZ**
CC, 52.781.419

Numero Cta: 0550488437271486
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8147

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ANGELA ANDREA GONZALEZ MARTINEZ			
NIT o C.C.	52781419		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 16-148-18		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 88f5009ac4545dfe06495038e039c3a8c5c51a8240f56fcfedeb9feaaf0eb1ba9d82236dcc3f388d5274e02413b42687 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:13 p. m.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 08:14:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068427188

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810403191

PAGADO 26/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR MAURICIO URREGO		
Documento	CC1022948707	**Dirección**	CR 2A ESTE #7 - 53
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208018130
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 1022948707	CESAR MAURICIO URREGO CHITIVA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

CESAR MAURICIO URREGO CHITIVA

CC 1.022.948.707

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 4,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **CESAR MAURICIO URREGO CHITIVA**
CC, 1.022.948.707

Numero Cta: 0550488434964802
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8148

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
CESAR MAURICIO URREGO			
NIT o C.C.	1022948707		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-187		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: e28e3ee2f373f333e54940be44ced10e88f2c5a0733f0fd52f0d1859b3cdb1ddf06b66597231682b4e4c7b932cdc6e08 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:14 p. m.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 04:28:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068426795

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8849678190

PAGADO 27/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CINDY ANDREA RAMIREZ BOHORQUEZ		
Documento	CC1012410077	**Dirección**	CRA 95 A # 57 A 85
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3232269241
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 1012410077	CINDY ANDREA RAMIREZ BOHORQUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

CINDY ANDREA RAMIREZ BOHORQUEZ

CC 1.012.410.077

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 5,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **CINDY ANDREA RAMIREZ BOHORQUEZ**
CC, 1.012.410.077

Numero Cta: 0570008480341547
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8149

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
CINDY ANDREA RAMIREZ BOHORQUEZ			
NIT o C.C.	1012410077		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 23 Nº 45 - 08		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		5475485	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: a4f8461011dc6bada6bff23bfaed0b755f8a2dfcaa2c421c56702b5ec524365fbb326ba1057f74e659bfc037bd842fb1 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:15 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

CINDY LORENA FORERO CASTRO

CC 1.024.501.043

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 6,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **CINDY LORENA FORERO CASTRO**
CC, 1.024.501.043

Numero Cta: 388-881149-61
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8150

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
CINDY LORENA FORERO CASTRO			
NIT o C.C.	1024501043		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-168-18		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 812c8e976fd2019281238b25198984037506235 6a6f860e2987f8a90bebb5817450e437d49d3203ce2086dda47689572 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:17 p. m.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 01:47:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068435713

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810597273

PAGADO 27/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CINDY LORENA FORERO CASTRO		
Documento	CC1024501043	**Dirección**	TV 18NBI #69 A - 79 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143672683
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 1024501043	CINDY LORENA FORERO CASTRO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.

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 1023931192		MENDEZ BUITRAGO DIANA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 56f sur#103-540	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1157558264	9479606089	I	2025/01/23	2024/12/30	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: 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	1023931192	MENDEZ DIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 1023931192		MENDEZ BUITRAGO DIANA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 56f sur#103-540	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1157558264	9479606089	I	2025/01/23	2024/12/30	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DIANA ASTRID MENDEZ BUITRAGO

CC 1.023.931.192

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 7,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **DIANA ASTRID MENDEZ BUITRAGO**
CC, 1.023.931.192

Numero Cta: 0550466100066862
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8151

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DIANA MENDEZ			
NIT o C.C.	1023931192		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 74 N° 27 SUR 92		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		7359445	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: f2444d3cdd3d542799bede6062aedc065b866ddcd209776e9bf9f613f89c8bb05d6ac6ae2eb16609f055cc42023a7247 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:21 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DIANA PAOLA CUBILLOS ÑUSTES

CC 1.010.177.122

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 8,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **DIANA PAOLA CUBILLOS ÑUSTES**
CC, 1.010.177.122

Numero Cta: 52546107787
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8152

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DIANA PAOLA CUBILLOS			
NIT o C.C.	1010177122		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 46-176		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: f2da79231bbe1550cda88fc85845df47769d126400f37e400a8bf4cd065d748f7e530dcbfb51d95bf2af7ef203779134 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:22 p. m.

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 1010177122		CUBILLOS ÑUSTES DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE10SUR#13-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3111111	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	07180585	9479127586	I	2025/01/09	2024/12/27	BANCO DE OCCIDENTE	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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1010177122 CUBILLOS DIANA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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 1010177122		CUBILLOS ÑUSTES DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE10SUR#13-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3111111	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	07180585	9479127586	I	2025/01/09	2024/12/27	BANCO DE OCCIDENTE	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DIANA PATRICIA OVALLE RODELO

CC 49.723.921

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 9,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma DIANA OVALLE

Nombre: **DIANA PATRICIA OVALLE RODELO**
CC, 49.723.921

Numero Cta: 24041720488
Banco: CAJA SOCIAL

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 49723921		OVALLE RODELO DIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 80BIS Sur #94-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	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	1156799503	9479182823	I	2025/01/08	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	49723921 OVALLE DIANA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49723921		OVALLE RODELO DIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 80BIS Sur #94-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	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	1156799503	9479182823	I	2025/01/08	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8153

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DIANA PATRICIA OVALLE RODELO			
NIT o C.C.	49723921		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	calle 80 bis sur 94 21		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 78c54fc9a70b9fc58895f4708115b7d54f6e5e6ba077492133cd7c6381d02104fa9322a3eb2fe6145774aa9f9d3605da --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:24 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DIEGO ALEXANDER RUIZ ACOSTA

CC 1.022.995.944

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 10,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

DIEGO ALEXANDER RUIZ

Nombre: **DIEGO ALEXANDER RUIZ ACOSTA**
CC, 1.022.995.944

Numero Cta: 550463400045134
Banco: DAVIVIENDA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022995944
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO ALEXANDER RUIZ ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 138B #152-53	TELÉFONO:	3108077
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - SEGUNDO CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7950923851**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1156550413	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1022995944	RUIZ ACOSTA DIEGO ALEXANDER	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	102299594	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 428.200**

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8154

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DIEGO RUIZ			
NIT o C.C.	1022995944		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-4646		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 7f445d3915290b6a778048628e5a503c4d33f4e429cced898d36d838256c49d2be50e12681de66c7e656a5f6866b3306 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:31 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DIEGO FERNANDO MESA MUÑOZ

CC 1.020.786.001

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 11,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **DIEGO FERNANDO MESA MUÑOZ**
CC, 1.020.786.001

Numero Cta: 0550488430378403
Banco: DAVIVIENDA

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 1020786001		MESA MUÑOZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 5 # 189 - 73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1000000685	9477528836	I	2025/01/03	2024/12/27	BANCO DE BOGOTA	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	1020786001	MESA DIEGO	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	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 1020786001		MESA MUÑOZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 5 # 189 - 73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1000000685	9477528836	I	2025/01/03	2024/12/27	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8155

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DIEGO FERNANDO MESA			
NIT o C.C.	1020786001		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 46-168-16		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: c9adc56b0786bd756851e72b2b43acc7d80bbe762f52dc393516b56567769e6518dde5844c6e2e45026ad514ff366aa7 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:32 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DORA MARIA CASTRO RORIGUEZ

CC 52.290.377

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 12,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Dora Castro

Nombre: **DORA MARIA CASTRO RORIGUEZ**
CC, 52.290.377

Numero Cta: 24135177028
Banco: CAJA SOCIAL

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-30, 04:08:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068474518

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810591127

PAGADO 27/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DORA MARIA CASTRO RODRIGUEZ		
Documento	CC52290377	**Dirección**	CL 138A #12 - 65 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3197230884
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 52290377	DORA MARIA CASTRO RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8156

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DORA MARIA CASTRO			
NIT o C.C.	52290377		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 46-168-18		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: bc74c7a27e6606fdf4b7db7aed592cfd3f100e527f46ca2e1c42356823eeefe82149caa1af2ad6c4f8db5c4aeda9c603 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:36 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

DUVAN FELIPE BELTRAN TORRES

CC 1.233.488.860

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 13,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **DUVAN FELIPE BELTRAN TORRES**
CC, 1.233.488.860

Numero Cta: 0550477900116815
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8157

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
DUVAN FELIPE BELTRAN TORRES			
NIT o C.C.	1233488860		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 24 39B 25		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3012846496	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: f9c9c4d1911a96b4e70ecf83bc38cdff68ec7eabf47c5078e9ddb5e87c9ae1802006bc7d82f031459b45da7b91ffedd9 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:39 p. m.

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	1233488860	DUVAN FELIPE BELTRAN TORRES	calle 146 # 15-68	4605650	tduvan833@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	
2024-12	2024-12	I	16/12/2024	82690572	$402.200	

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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1233488860	DUVAN FELIPE BELTRAN TORRES		calle 146 # 15-68	4605650	tduvan833@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	
2024-12	2024-12	I	16/12/2024	82690572	$402.200	

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	1233488860	BELTRAN TORRES DUVAN FELIPE	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 1023884768		MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 # 27 B 131 CIUDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	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	1156582452	9479525331	I	2025/01/17	2024/12/27	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1023884768	MUÑOZ EDWARD	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

Escaneado con CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL

CC 1.023.884.768

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 14,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL**
CC, 1.023.884.768

Numero Cta: 488428183740
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8158

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
EDWAR DUVAN MUÑOZ SABOGAL			
NIT o C.C.	1023884768		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-168		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 16acadc7feb03664abdbf86376732cb448c783e66d0d4f380d6f79196cf5ee11367f5282f039c54518bdf9a437cc1720 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:42 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

GISELA GONZALEZ RAMIREZ

CC 1.080.263.041

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 15,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Gisela Gonzalez Ramirez

Nombre: **GISELA GONZALEZ RAMIREZ**
CC, 1.080.263.041

Numero Cta: 24060779506
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8159

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
GISELA GONZALEZ			
NIT o C.C.	1080263041		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 84-96		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 7bb130eace87fea1fa929c69d8628d77dcc26c00fb3b7fd17c489e5340b04decdfcfcfbe1e3cb1033b009a7aad74a809 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:44 p. m.

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	1080263041	GISELA GONZALEZ RAMIREZ	CR 69 P # 73 - 62	3229479904	yiselag1992@hotmail.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	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82419999	$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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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
CC	1080263041	GISELA GONZALEZ RAMIREZ		CR 69 P # 73 - 62	3229479904	yiselag1992@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82419999	$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	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	1080263041	GONZALEZ RAMIREZ GISELA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **GUILLERMO FUENTES AVIRAMA**, identificada con **CC** número **1069713649**, aportó por **GUILLERMO FUENTES AVIRAMA** identificado(a) con **CC** número **1069713649** 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, para el periodo de pensión de 2024-12 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Diciembre - 2024	82951736	27/12/2024	No
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82951736	27/12/2024	No
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Diciembre - 2024	82951736	27/12/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **27** días del mes **December** de **2024**

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

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

GUILERMO FUENTES AVIRAMA

CC 1.069.713.649

LA SUMA DE:

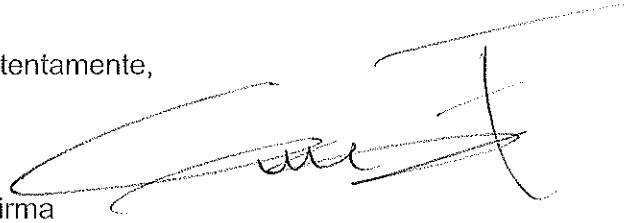
($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 16,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,



Firma

Nombre: **GUILERMO FUENTES AVIRAMA**
CC, 1.069.713.649

Numero Cta: 0550488438788421
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8160

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
GUILLERMO FUENTES AVIRAMA			
NIT o C.C.	1069713649		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 25-36		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 8c4b1b1169808daf07b798c66ae7c9e955138ce82c47acfeecd1bd3fbe7acddec4cd658eed313a386f93614865818a63 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:46 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA

CC 53.094.637

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 17,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Ivon Hernandez

Nombre: **IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA**
CC, 53.094.637

Numero Cta: 0570008090587083
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8161

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA			
NIT o C.C.	53094637 7		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 25 Nº 17 37		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		2658749	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 75fb52d84c6d2a43cbdc3067e29cc8122176061a95f6acac34964868380508bac2ee047562df4ae8bf2cb9a729105c59 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:48 p. m.

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	53094637	IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA	cll23B#9-36	3196604892	ivonhernandez1985@gmail.com	
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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82776285	$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
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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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	53094637	IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA		cll23B#9-36	3196604892	ivonhernandez1985@gmail.com	
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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82776285	$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	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	53094637	HERNANDEZ ROCHA IVON LILIANA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	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

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 1012410197		ELIZALDE RODRIGUEZ YEFERSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 No 18G-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3184742344	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	11567731628	94782558750	I	2025/01/24	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1012410197	ELIZALDE YEFERSON	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.5225	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012410197		ELIZALDE RODRIGUEZ YEFERSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 No 18G-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3184742344	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	11567731628	94782558750	I	2025/01/24	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Escaneado con CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JEFERSON ALBEIRO MADRIGAL

CC 1.023.012.620

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 18,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **JEFERSON ALBEIRO MADRIGAL**
CC, 1.023.012.620

Numero Cta: 24100474235
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8162

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JEFFERSON ALBEIRO MADRIGAL			
NIT o C.C.	1023012620		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Cr 14 R 74 20 sur		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3209598249	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 9923e504aefc4006c67b07bdd784d1e7577de687ef7c4e2a5d253c042ae57811dc21f8b3b8aeac93c51445968345eedd --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:52 p. m.

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 1073130785		NIAMPIRA SANCHEZ JHONATAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 F SUR 14 B 16 QUINTAS SANTA ANA	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	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	1156560404	9479601833	I	2025/01/22	2024/12/27	BANCO DAVIVIENDA	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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1073130785	NIAMPIRA JHONATAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 1073130785		NIAMPIRA SANCHEZ JHONATAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 F SUR 14 B 16 QUINTAS SANTA ANA	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	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	1156560404	9479601833	I	2025/01/22	2024/12/27	BANCO DAVIVIENDA	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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JHONATAN ALEXANDER NIAMPIRA SANCHEZ

CC 1.073.130.785

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 19,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JHONATAN ALEXANDER NIAMPIRA SANCHEZ**
CC, 1.073.130.785

Numero Cta: 0570008188182680
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8163

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JHONATAN ALEXANDER NIAMPIRA			
NIT o C.C.	1073130785		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 165 B5-5		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 363400aee6247e08bfd2316fbe775c56a99a9017a662344df34d928828c9e6cb72b9372f103af26a81a3cbea2e22f680 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:53 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JONATHAN MONROY FIGUEROA

CC 1.030.563.289

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 20,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Jonathan M.

Nombre: **JONATHAN MONROY FIGUEROA**
CC, 1.030.563.289

Numero Cta: 0570477970033403
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8164

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JONATHAN MONROY FIGUEROA			
NIT o C.C.	1030563289		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 74 SUR 83 45		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3197450524	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: bfefb5dd751f2c91fbcd39ef3b7d32eac0b4624fa29d296d8f22bbcf7d35a6d7eaf8be4d87faf21e5ee9b5478aa4f370 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:54 p. m.

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	1030563289	JONATHAN MONROY FIGUEROA	CALLE 38 C NO 101 34 SUR	3103740598	jonathanmonroyfigueroa@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	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	82953123	$402.200	

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					
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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1030563289	JONATHAN MONROY FIGUEROA		CALLE 38 C NO 101 34 SUR	3103740598	jonathanmonroyfigueroa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	82953123	$402.200	

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	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	1030563289	MONROY FIGUEROA JONATHAN	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JOSE GREGORIO PULIDO PULIDO

CC 79.183.390

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 21,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Jose Gregorio Pulido

Nombre: **JOSE GREGORIO PULIDO PULIDO**
CC, 79.183.390

Numero Cta: 3112099459
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8165

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JOSE GREGORIO PULIDO			
NIT o C.C.	79183390		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 46-36-36		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 333900b60263d5138abb1be046514ac56bcffac0c5fdca003ee58ea3ca3a36babe8bebe6f4f07e1a72bbab20b42f6ff9 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:56 p. m.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79183390		PULIDO PULIDO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 6 A # 13 - 19	SIBATE-CUNDINAMARCA	8957505	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	1157712529	9479128849	I	2025/01/23	2024/12/30	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	79183390	PULIDO JOSE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	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

PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79183390		PULIDO PULIDO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 6 A # 13 - 19	SIBATE-CUNDINAMARCA	8957505	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	1157712529	9479128849	I	2025/01/23	2024/12/30	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JOSE RENE HERNANDEZ PEÑA

CC 79.942.141

LA SUMA DE:

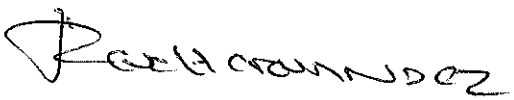
($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 22,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **JOSE RENE HERNANDEZ PEÑA**
CC, 79.942.141

Numero Cta: 05700070703681
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8166

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JOSE RENE HERNANDEZ			
NIT o C.C.	79942141		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 79B N° 19 - 23		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		7654895	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 1964054ca2464b39ae7ee223108fa6b0acfff226d08f5b1d479f81f3f038a774523fe07223cad797304eb1dccb136281 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:57 p. m.

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

Señor(a): JOSE RENE HERNANDEZ PEÑA
No. Identificación: CC79942141
Dirección: CL 60 A SUR 73 71
Telefono: 3227881213
Correo: RENEHERNANDEZ-@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8382790744

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE RENE HERNANDEZ PEÑA
Tipo y número de identificación	CC79942141
Número de planilla	8382790744
Fecha pago	2024-12-27
Número de autorización pago	30939842
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

8382790744

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79942141
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE RENE HERNANDEZ PEÑA

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
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JOSE RONALDO GONZALEZ GUIZA

CC 1.000.731.381

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 23,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JOSE RONALDO GONZALEZ GUIZA**
CC, 1.000.731.381

Numero Cta: 032-138645-71
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8167

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JOSE RONALDO GONZALEZ		
NIT o C.C.	1000731381	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 45B N 75 57	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: ab49f57b98e64433b0e71a781288abf5d8bdcace18947cc2491b9775a43fc1da6a77ed50aa38612f658ae774c87a99f4 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:22:58 p. m.

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	1000731381	JOSE RONALDO GONZALEZ GUIZA	carrera 45b 75 57	3147874003	ronalgonzalez788@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82947027	$402.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1000731381	JOSE RONALDO GONZALEZ GUIZA		carrera 45b 75 57	3147874003	ronalgonzalez788@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82947027	$402.200	

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	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	1000731381	GONZALEZ GUIZA JOSE RONALDO	57	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 52761733		PARRA POLANIA JULLY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 7 - 25A SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	79310186	9479310186	I	2025/01/10	2024/12/26	BANCO AV VILLAS	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 52761733	PARRA JULLY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	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

2024/12/26 03:41 PM

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 52761733		PARRA POLANIA JULLY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 7 - 25A SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	79310186	9479310186	I	2025/01/10	2024/12/26	BANCO AV VILLAS	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/12/26 03:41 PM

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JULLY CAROLINA PARRA POLANIA

CC 52.761.733

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 24,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Yuly Carolina Parra Polania

Nombre: **JULLY CAROLINA PARRA POLANIA**
CC, 52.761.733

Numero Cta: 059772603
Banco: AV VILLAS

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8168

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JULLY CAROLINA PARRA			
NIT o C.C.	52761733		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-168-18		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: cec5748d77c2e9c1294b08f5af5aaeb0a68a1e25a38d37e1bd1a1adffb2e82b1fecb8d44e7ab5b9ff71573cd744eee8e --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:01 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

KAREN SUSANA REYES TORRES

CC 1.000.988.030

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 25,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Karen S. Reyes T.

Nombre: **KAREN SUSANA REYES TORRES**
CC, 1.000.988.030

Numero Cta: 24110815408
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8169

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
KAREN SUSANA REYES TORRES			
NIT o C.C.	1000988030		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 24 39 24		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 349a544f2117a3348515076cd6c22a4bbf27d6b694077a816d83190c368734c3a4b2c79194d5cd243851353178af397b --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:03 p. m.

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	1000988030	KAREN SUSANA REYES TORRES	Diagonal 45 BIS SUR #13H-62	2456323	kr612559@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	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82419318	$402.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1000988030	KAREN SUSANA REYES TORRES		Diagonal 45 BIS SUR #13H-62	2456323	kr612559@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	
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82419318	$402.200	

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	1000988030	REYES TORRES KAREN SUSANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LEINER FABIAN SARMIENTO ESPITIA

CC 1.056.776.294

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 26,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **LEINER FABIAN SARMIENTO ESPITIA**
CC, 1.056.776.294

Numero Cta: 0550456800197232
Banco: DAVIVIENDA

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	1056776294	LEINER FABIAN SARMIENTO ESPITIA	CL 8 N8 12 ESTE	3102968315	lefasaes91@hotmail.com	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82952147	$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
231001	Colfondos	800227940-6	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

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	1056776294	LEINER FABIAN SARMIENTO ESPITIA		CL 8 N8 12 ESTE	3102968315	lefasaes91@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82952147	$384.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza 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	1056776294	SARMIENTO ESPITIA LEINER FABIAN	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	2	13.600		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ

CC 52.780.976

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 27,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ**
CC, 52.780.976

Numero Cta: 500802483046
Banco: BANCO POPULAR

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8171

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ		
NIT o C.C.	52780976	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Calle 53 No 10-60/46, Piso 2.	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	3814000	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 44d43a58389edb49a37b4addb205c3e48949b077678def803c6195f36e3e68384f125a8d04103042c06195f226f68887 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:06 p. m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ**, identificada con **CC** número **52780976**, aportó por **LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ** identificado(a) con **CC** número **52780976** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **82933859** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-12** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INF	COTIZACION	DIAS COT	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACION Y/O APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	CONFIRMADO
Pensiones	25-15	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	SI	0													0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Diciembre - 2024	82933859	30/12/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	SI	0													0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Diciembre - 2024	82933859	30/12/2024	N
Riesgos Laborales	14-2-2	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	860011153	SI	0													0		30	$1.300.000	0,02436	3	$31.700	Diciembre - 2024	82933859	30/12/2024	N

El presente certificado se expide a los 30 días del mes Diciembre de 2024

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS

CC 39.717.860

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 28,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Luz Nelly Muñoz Ballesteros

Nombre: **LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS**
CC, 39.717.860

Numero Cta: 451500267484
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8172

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
LUZ NELLY MUÑOZ			
NIT o C.C.	39717860		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 16-167		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: df7a89247084aa80b4a9e258a96637d1329a5a774b3bc230743a18c0a790bad92f6395128da7e9df61fb56271bd48f0d --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:10 p. m.

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	39717860	LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS	CALLE 67 112A 21	3103385595	NELLY.FUNDINES@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	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82202346	$220.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	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

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	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	0	0	0
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	3	220.200	220.200

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	39717860	LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS		CALLE 67 112A 21	3103385595	NELLY.FUNDINES@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82202346	$220.200	

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	39717860	MUÑOZ BALLESTEROS LUZ NELLY	59	5			N																		0	0	0	0	0	0	EPS001	1.300.000	162.500	14-4	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

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 1033814791		RODRIGUEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trasversal 50#68f-37sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4944568	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	1156718829	9478286694	I	2025/01/23	2024/12/27	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	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	1033814791	RODRIGUEZ MARIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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

Scanned with CamScanner

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 1033814791		RODRIGUEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trasversal 50#68f-37sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4944568	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	1156718829	9478286694	I	2025/01/23	2024/12/27	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MARIA CAMILA RODRIGUEZ HERNANDEZ

CC 1.033.814.791

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 29,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma María Camila Rodríguez

Nombre: **MARIA CAMILA RODRIGUEZ HERNANDEZ**
CC, 1.033.814.791

Numero Cta: 13102968842
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8173

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
MARIA CAMILA RODRIGUEZ			
NIT o C.C.	1033814791		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	TRAV 50 N° 68F 37 SUR		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: de6509033ea1d5c5ae053c7544a3b21b2f833536976ccca973151f9cf1bb75bce86cdc3898bcfb58f2c9694efc177d20 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:12 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MARICELA MURILLO

CC 1.110.447.179

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 30,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **MARICELA MURILLO**
CC, 1.110.447.179

Numero Cta: 0550488416993548
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8174

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARICELA MURILLO		
NIT o C.C.	1110447179	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 85-94	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: c3799b1648be47497dcb8d19c58ebaa2ecd697a45ac62ebb8d88004ee4c6cf10b06ce6fe4a63f57ad514c8f4c5afa107 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:15 p. m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MARICELA MURILLO BLANCO**, identificada con **CC** número **1110447179**, aportó por **MARICELA MURILLO BLANCO**, identificado(a) con **CC** número **1110447179** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **82952820** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-12** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.300.000	0,02436	3	$31.700	Diciembre - 2024	82952820	27/12/2024	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Diciembre - 2024	82952820	27/12/2024	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Diciembre - 2024	82952820	27/12/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Diciembre de 2024

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072660824
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTIN BONILLA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 5 4 11	TELÉFONO:	8560000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7950983579**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1156696732	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES											
																											PENSIÓN									SALUD								ARP																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1072660824	BONILLA REYES MARTIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	107266082	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MARTIN BONILLA REYES

CC 1.072.660.824

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 31,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **MARTIN BONILLA REYES**
CC, 1.072.660.824

Numero Cta: 0550477900144551
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8175

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
MARTIN BONILLA REYES			
NIT o C.C.	1072660824		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-168		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: bb419ef05ded7c13963c382ae820c741bf2b470303e9442f0da34af72406732170bbcad3893fb600fa729443cd45084d --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:16 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MIRIAM MOTIVAR GARCIA

CC 23.501.682

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 32,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **MIRIAM MOTIVAR GARCIA**
CC, 23.501.682

Numero Cta: 0570473070034862
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8176

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
MIRYAM MOTIVAR GARCIA			
NIT o C.C.	23501682		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 146-185		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 3ce113d71f53d19a73f0a87b19b8c00488d315faa4f74aba58be5d46cfef21925fcc4fb8ab9bd8d8756cb66523aa2e6d --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:17 p. m.

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 23501682		MOTIVAR GARCIA MIRYAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 128 b 95 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6823208	Si

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	9479554455	9479554455	I	2025/01/22	2024/12/27	BANCO DE BOGOTA	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 23501682	MOTIVAR MIRYAM	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$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 23501682		MOTIVAR GARCIA MIRYAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 128 b 95 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6823208	Si

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	9479554455	9479554455	I	2025/01/22	2024/12/27	BANCO DE BOGOTA	0	$403,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$403,300	$0	$0	$403,300

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES

CC 51.975.747

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 33,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Mónica Vargas C.

Nombre: **MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES**
CC, 51.975.747

Numero Cta: 230033128828
Banco: POPULAR

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8177

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
MONICA VARGAS			
NIT o C.C.	51975747		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-1616		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 96fbb624f8c6e44beade4e273200afe432320baf379936bb1b331826e7f69a1c2a9bb2ed3f43a4e8119daa8314c86fa7 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:20 p. m.

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	51975747	MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES		Calle 42 SUR 6d 55	3186449523	uniagustinianav.parra@gmail.com	
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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82956445	$402.200	

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					
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
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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	51975747	MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES		Calle 42 SUR 6d 55	3186449523	uniagustinianav.parra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82956445	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51975747	VARGAS CABRALES MONICA MAIRENE	57	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA

CC 52.543.001

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 34,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA**
CC, 52.543.001

Numero Cta: 22900211487500 termina en 11
Banco: BANCAMIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8178

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
MIRYAM CECILIA VALDIRI			
NIT o C.C.	52543001		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 24 N° 39B - 25		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		7328232	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: e86f9f034bbb466cab99aeaa622b157790d71bc3e706a9dbafafa6b61982356ab12905ff87eb54821e97b61dc7f2f4ce --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:21 p. m.

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	52543001	MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA	CRA 17A 1-108	3212825618	luiseduardocaviedes123@gmail.com	
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	
2024-12	2024-12	I		82792824	$402.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	52543001	MYRIAM CECILIA VALDIRI SACHICA		CRA 17A 1-108	3212825618	luiseduardocaviedes123@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2024-12	2024-12	I		82792824	$402.200	

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	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	52543001	VALDIRI SACHICA MYRIAM CECILIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 04:35:49 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068427908

Periodo Cotización: diciembre de 2024 Periodo Servicio: diciembre de 2024 Referencia pago 8810824078

PAGADA 27/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOREIDY MASMELA GARCIA		
Documento	CC1072195453	Dirección	CL 10 #2 - 78
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202012664
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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 1072195453	NOREIDY MASMELA GARCIA	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1.300.000	$208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200

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)	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	$31.700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200	$0	$402.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

NOREIDY MASMELA GARCIA

CC 1.072.195.453

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 35,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Noreidy M G

Nombre: **NOREIDY MASMELA GARCIA**
CC, 1.072.195.453

Numero Cta: 0550488424834213
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8179

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
NOREIDYS GARCIA			
NIT o C.C.	1072195453		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Calle 10 # 8-07		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		6726200	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 0d184ce4af94d0750bf759b30b1b90c63f23b12ce3a5f0c92557bfbc0352b0622315cfabdb217304dfa9df8a811ecbac --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:22 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

OSCAR IVAN SANCHEZ RICAURTE

CC 1.012.435.217

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 36,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Ivan Sanchez R

Nombre: **OSCAR IVAN SANCHEZ RICAURTE**
CC, 1.012.435.217

Numero Cta: 0550009100749432
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8180

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
OSCAR IVAN SANCHEZ RICAURTE		
NIT o C.C.	1012435217	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 45A N 22A 42	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 083ce520e0ac1a4251d61c95541cd857ad024c95309fc6a7add30524ef29d0fc2034a0a82dd9d8c3091d4239a71f11d8 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:24 p. m.

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	1012435217	OSCAR IVAN SANCHEZ RICAURTE	CALLE 45A # 22A-42	3696500	ivan29.os20@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82676611	$402.200	

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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1012435217	OSCAR IVAN SANCHEZ RICAURTE		CALLE 45A # 22A-42	3696500	ivan29.os20@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82676611	$402.200	

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	1012435217	SANCHEZ RICAURTE OSCAR IVAN	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LINA PAOLA TORRES

CC 1.033.707.620

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 37,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma
Lina Torres.
Nombre: **LINA PAOLA TORRES**
CC, 1.033.707.620

Numero Cta: 0550009200864990
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8181

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
LINA PAOLA TORRES			
NIT o C.C.	1033707620		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 71-29		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 09c37512a70a4e18ae8295a78af41b472d9b61b541dd4cb314328ab965e6da9a505ef6d056985c64b17a3fd3d3107c46 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:26 p. m.

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	1033707620	LINA PAOLA TORRES MORALES	Diagonal 10 b #13-94 interior 3 casa 3	3107661214	lina.torresmorales@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		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	30/12/2024	82851772	$402.200	

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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1033707620	LINA PAOLA TORRES MORALES		Diagonal 10 b #13-94 interior 3 casa 3	3107661214	lina.torresmorales@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ	

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	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	82851772	$402.200	

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	1033707620	TORRES MORALES LINA PAOLA	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

PRIMITIVA ROMERO OVIEDO

CC 28.867.489

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 38,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **PRIMITIVA ROMERO OVIEDO**
CC, 28.867.489

Numero Cta: 24108019353
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8182

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
PRIMITIVA ROMERO OVIEDO			
NIT o C.C.	28867489		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 9 ESTE N 38 23		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 69110ddf5cd7c03ff2187f1313db9b52ac76ed2903bf23b93482103ef1beb2e28e96489d26003a9fe91e525d73f19fee --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:28 p. m.

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 28867489		ROMERO OVIEDO PRIMITIVA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9este98-33	SOACHA-CUNDINAMARCA	7777777	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	1156733743	9478292781	I	2025/01/23	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	28867489 ROMERO PRIMITIVA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	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 28867489		ROMERO OVIEDO PRIMITIVA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9este98-33	SOACHA-CUNDINAMARCA	7777777	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	1156733743	9478292781	I	2025/01/23	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

PATRICIA SAAVEDRA

CC 35.251.644

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 39,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Patricia Saavedra e

Nombre: **PATRICIA SAAVEDRA**
CC, 35.251.644

Numero Cta: 0550477900072745
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8183

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
PATRICIA SAAVEDRA			
NIT o C.C.	35251644		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 25-78		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 27c15ffffb32b1d4eef0a5f072b3fd9358c6550f1e35b712e2874628cafd7c4c75973d07d9bebf16fb6930a14f236885 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:30 p. m.

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 35251644		SAAVEDRA CIPAGAUTA SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 123 n 131 61 bloque 25 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6874979	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	21940910	9479555133	I	2025/01/14	2024/12/30	BANCO DE OCCIDENTE	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: ARL SURA (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	35251644 SAAVEDRA SANDRA	25-14	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 35251644		SAAVEDRA CIPAGAUTA SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 123 n 131 61 bloque 25 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6874979	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	21940910	9479555133	I	2025/01/14	2024/12/30	BANCO DE OCCIDENTE	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA

CC 17.674.696

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 40,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Rolando Rodriguez C.

Nombre: **ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA**
CC, 17.674.696

Numero Cta: 980015671
Banco: CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8184

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA		
NIT o C.C.	17674696	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 4 186-18	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 6b769a785216d7e69a4c1349098032150ac0dda1eeee4b2c902873a53dcfa8a56444a88022f21220272e213a8fff8c02 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:35 p. m.

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	17674696	ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA	CALLE 5 4 11	8560000	carlosarchivosvarios@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82955780	$402.200	

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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	17674696	ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA		CALLE 5 4 11	8560000	carlosarchivosvarios@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82955780	$402.200	

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	17674696	RODRIGUEZ CAPERA ROLANDO	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ROSA FERNANDA MEDINA VILLA

CC 1.020.796.354

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 41,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Fernanda M.

Nombre: **ROSA FERNANDA MEDINA VILLA**
CC, 1.020.796.354

Fernanda M.
Numero Cta: 0550488402446303
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8185

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ROSA FERNANDA MEDINA			
NIT o C.C.	1020796354		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 16-178		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 06ff2e977f9eac453e0760a9f5e7aa748f1119afb00840dc4068f3bced9fa25a46254ca5e75efa5551232c6fdadb20e2 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:38 p. m.

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	1020796354	ROSA FERNANDA MEDINA VILLA	Calle 164 12 A 22	7565238	fernanda120502@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82215385	$402.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
231001	Colfondos	800227940-6	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1020796354	ROSA FERNANDA MEDINA VILLA		Calle 164 12 A 22	7565238	fernanda120502@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82215385	$402.200	

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	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	1020796354	MEDINA VILLA ROSA FERNANDA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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 Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ

CC 39.678.411

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 42,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ**
CC, 39.678.411

Numero Cta: 108-896332-69
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8186

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ		
NIT o C.C.	39678411	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CR 8 C 184 23	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 74cf235c432135a1f8e0ebed17ad67afc481f91a4504c3cfcd61287a2294590cf0209260c3a3ea4a01525b60fac1293e --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:40 p. m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ**, identificada con **CC** número **39678411**, aportó por **SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ** identificado(a) con **CC** número **39678411** 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, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2024-11 y 2024-12 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Noviembre - 2024	81915050	02/12/2024	No
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Noviembre - 2024	81915050	02/12/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Noviembre - 2024	81915050	02/12/2024	No
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57															0		30	$1,300,000	0.00600	$7,800	$0	$0	Noviembre - 2024	81915050	02/12/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Diciembre - 2024	82816816	27/12/2024	No
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82816816	27/12/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Diciembre - 2024	82816816	27/12/2024	No
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57															0		30	$1,300,000	0.00600	$7,800	$0	$0	Diciembre - 2024	82816816	27/12/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **27** días del mes **December** de **2024**

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

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA

CC 1.032.417.784

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 43,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA**
CC, 1.032.417.784

Numero Cta: 430042846
Banco: CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8187

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA		
NIT o C.C.	1032417784	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**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: b8c6cb27073a320662f83cf0433b340578a9fdc396ccee437a33e072d9406ddb5049aeb946d20a803f4466b36a95dc5e --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:41 p. m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA**, identificada con **CC** número **1032417784**, aportó por **SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA**, identificado(a) con **CC** número **1032417784** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **82939143** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-12** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.300.000	0,00522	1	$6.800	Diciembre - 2024	82939143	27/12/2024	N
Cajas	CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	860013570	57	0															0		30	$1.300.000	0,00600		$7.800	Diciembre - 2024	82939143	27/12/2024	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	57	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Diciembre - 2024	82939143	27/12/2024	N
Salud	EPS002	Salud Total EPS	800130907	57	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Diciembre - 2024	82939143	27/12/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Diciembre de 2024

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

CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

VIVIAN PAOLA VERGARA MORA

CC 1.024.522.755

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 44,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma VIVIAN VERGARA

Nombre: **VIVIAN PAOLA VERGARA MORA**
CC, 1.024.522.755

Numero Cta: 0550488430417094
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8188

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
VIVIAN PAOLA MORA			
NIT o C.C.	1024522755		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 98-65		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 11a6ce9c2789c41cbd55e971f47f18c94a570615135af7ff9d09ad14c85dda7f1e7aa9c9266fa68df7357bb19d0b3346 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:44 p. m.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 01:27:37 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068409656

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8836409550

PAGADO 27/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIAN PAOLA VERGARA MORA		
Documento	CC1024522755	**Dirección**	CR 2A #7 D - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104829475
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 1024522755	VIVIAN PAOLA VERGARA MORA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Escaneado con CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

YEFERSON ELIZALDE RODRIGUEZ

CC 1.012.410.197

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 45,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Yeferson Elizalde R

Nombre: **YEFERSON ELIZALDE RODRIGUEZ**
CC, 1.012.410.197

Numero Cta: 24106620478
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8189

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YEFERSON ELIZALDE			
NIT o C.C.	1012410197		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 74 Nº 39B 15		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		2548754	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 399b39aea82ca4afa6c7508827b676a427b2c70ea83419f3588d3cb14979b68a3848eb898e405723f0e95138690d69da --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:45 p. m.

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 1012410197		ELIZALDE RODRIGUEZ YEFERSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 No 18G-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3184742344	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	11567731628	94782558750	I	2025/01/24	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1012410197	ELIZALDE YEFERSON	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.5225	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012410197		ELIZALDE RODRIGUEZ YEFERSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 No 18G-15	SOACHA-CUNDINAMARCA	3184742344	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	11567731628	94782558750	I	2025/01/24	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Escaneado con CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

YUDY ANDREA VALERO MARTINEZ

CC 52.285.957

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 46,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **YUDY ANDREA VALERO MARTINEZ**
CC, 52.285.957

Numero Cta: 3028684577
Banco: NEQUI

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8190

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YUDY ANDREA VALERO MARTINEZ			
NIT o C.C.	52285957		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	Carrera 56A No. 51 - 81		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		2655876	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 75c8e630cf25272244528a1fbe35fac6c1c57e8a63a4a54d2061eba4dcb756e710569934f0eb047488a76819e3583b0c --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:47 p. m.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **YUDI ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificada con **CC** número **52285957**, aportó por **YUDI ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificado(a) con **CC** número **52285957** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **82934406** para el periodo de salud **2024-12** y pensiones **2024-12** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$1.300.000	0,02436	3	$31.700	Diciembre - 2024	82934406	27/12/2024	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Diciembre - 2024	82934406	27/12/2024	N
Salud	EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372	59	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Diciembre - 2024	82934406	27/12/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Diciembre de 2024

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ELKIN JAIR BONILLA REYES

CC 1.072.447.389

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 47,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Jair Bonilla

Nombre: **ELKIN JAIR BONILLA REYES**
CC, 1.072.447.389

Numero Cta: 0550477900141896
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8191

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ELKIN JAIR BONILLA REYES			
NIT o C.C.	1072447389		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	calle 8 N. 10-37 tunja		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Tunja			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: f4c0d08bf0dffccbac4eba824dc41ec487c6d29762a4f918d1429a627bbac8ced382a77bd22442ca068b69749e0a5811 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:52 p. m.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072447389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELKIN JAIR BONILLA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 5 3 83	TELÉFONO:	8560000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7959435132**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1248238509

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 27.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 27.800	$ 300	$ 28.100
SUBTOTALES:										**$ 27.800**	**$ 300**	**$ 28.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 21.700	$ 0	$ 200	$ 0	$ 21.700	$ 200	$ 0	$ 21.900
SUBTOTALES:													**$ 21.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 21.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.300	$ 4.300	$ 100	$ 0	$ 4.400
SUBTOTALES:									**$ 4.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD					ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1072447389	BONILLA REYES ELKIN JAIR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO	27																230301-PORVENIR	4	$ 173.334	$ 27.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 27.800	EPS008-COMPENSAR	4	$ 173.334	$ 21.700	$ 0	$ 21.700	14-11 - ARL SURA	4	$ 173.334	107244738	$ 4.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 54.400**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JHIRLENDIS ELENA RIVEROS

CC 1.006.476.367

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 48,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **JHIRLENDIS ELENA RIVEROS**
CC, 1.006.476.367

Numero Cta: 0766000200011352
Banco: BBVA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8192

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ELENA RIVEROS		
NIT o C.C.	1006476367	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 80-24	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 82b7f8df8c7c6f2ee5254cc9dfd6a2287147171c57a7f5a1dcf6b10ae9ff7fda82880a742c627498036c9734b7e6690b --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:54 p. m.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-27, 01:40:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 75203483

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 27/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES		
Documento	CC1006476367	**Dirección**	CL 31 SUR #26 B - 95
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6063454545
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 1006476367	JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

YURIAN MARROQUIN BARRAGAN

CC 5.997.331

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 49,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **YURIAN MARROQUIN BARRAGAN**
CC, 5.997.331

Numero Cta: 0550477900141250
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8193

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YURIAN MARROQUIN			
NIT o C.C.	5997331		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 78-41		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 5065a8a7ab3166316a3eb17561bbd616fcfb3c7364fb049c8d527dc70a61948f9af01d5cf7d03ba8e27593f5970ba559 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:55 p. m.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION

Fecha creación reporte: 2024-12-23, 03:38:00 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 75171842

Periodo Cotización: Diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** Diciembre de 2024

PAGADO 23/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURIAN MARROQUIN BARRAGAN		
Documento	CC5997331	**Dirección**	CAR 12 # 3 A SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3054292079
Tipo Persona	NATURAL	**FormaPresentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal	YURIAN MARROQUIN BARRAGAN	**Identificación**	CC5997331
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 Riesgo	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC5997331	YURIAN MARROQUIN BARRAGAN	57	00																		30	30	30	0	[230231] PROTECCION (ING+ PROTECCION)	$ 1.300.000	$ 208.000	[EPS017] FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	[RN-CCF] NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.

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

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

YURY JOHANA MORA DAZA

CC 52.759.763

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 50,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma

Nombre: **YURY JOHANA MORA DAZA**
CC, 52.759.763

Numero Cta: 500802237517
Banco: BANCO POPULAR

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8194

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YURY JOHANNA MORA DAZA		
NIT o C.C.	52759763	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	TRANSVERSAL 34 . 32 69	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 5424f1b14210020fcf7df715b1bb09b748595a73b821119a4ece2806281d8456ecdbaf31e42177beb0d2deb831e12c41 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:57 p. m.

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

Señor(a): YURY JOHANNA MORA DAZA
No. Identificación: CC52759763
Dirección: KR 36 N 37 73
Telefono: 3214911281
Correo: johamd04@hotmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8382901049

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YURY JOHANNA MORA DAZA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52759763	**Periodo de Cotización Salud**	diciembre de 2024
Número de planilla	8382901049	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2024
Fecha pago	2024-12-27	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	14531273	**Total Pagado**	402200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31700	1
231001	Colfondos	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

8382901049

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52759763
APELLIDOS Y NOMBRES: YURY JOHANNA MORA DAZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

SEBASTIAN ARAQUE

CC 1.020.745.808

LA SUMA DE:

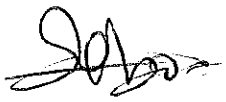
($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 51,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma 

Nombre: **SEBASTIAN ARAQUE**
CC, 1.020.745.808

Numero Cta: 450884130
Banco: AV VILLAS

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8195

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
SEBASTIAN ARAQUE			
NIT o C.C.	1020745808		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 78-56		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 98f2ee58173e9030c4e472c1940b6bc6d0ce5fd523f975222c7ff0efa620ef4fce64960a86c3e93faf5c2811c6a18e44 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:58 p. m.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-26, 04:18:55 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 75192741

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

PAGADA 2024-12-26 16:14:43.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHOAN SEBASTIAN ARAQUE MORENO				
Documento	CC 1020745808	**Dirección**	Carrera 3 n 160c 33 Usaquén		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175552286		
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 1020745808		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ARAQUE MORENO JHOAN SEBASTIAN	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				230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	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	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANDRES FABIAN HOYOS

CC 1.033.762.850

LA SUMA DE:

($ 355.441)

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA 52,** en el marco del convenio No. 9578 de 2024 con la Secretaria Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, En el periodo comprendido desde el 27 al 31 de diciembre 2024

Atentamente,

Firma Fabian Hoyos.A

Nombre: **ANDRES FABIAN HOYOS**
CC, 1.033.762.850

Numero Cta: 0570475370021689
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8196

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
ANDRES FABIAN HOYOS			
NIT o C.C.	1033762850		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 62-45		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	355.441

Valor en Letras

TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**355.441**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.434**
TOTAL DOCUMENTO	**352.007**

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: be9f2150189c1c85bd05377fe11524940751aed9e181ac2e42b2ecda391856c98ea3cd97150756dae903b33558e6c1fc --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:23:59 p. m.

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	1033762850	FABIAN ANDRES HOYOS ANAYA	Carrera 11a# 49-44sur	3173164080	fabian.1994hoyos@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82953786	$402.200	

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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1033762850	FABIAN ANDRES HOYOS ANAYA		Carrera 11a# 49-44sur	3173164080	fabian.1994hoyos@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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82953786	$402.200	

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	1033762850	HOYOS ANAYA FABIAN ANDRES	57	0			N	X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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