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	52239680	CARMEN OLIVA GUIZA LOPEZ	Carrera 45 b #75-57 Sur	6115221	ronalgonzalez788@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	82202884	$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					
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
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	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	52239680	CARMEN OLIVA GUIZA LOPEZ	Carrera 45 b #75-57 Sur	6115221	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.	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	02/12/2024	82202884	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	52239680	GUIZA LOPEZ CARMEN OLIVA	57	0			N

No.	INFORMACIÓN NOVEDADES															
No.	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

No.	PENSIÓN							SALUD		
No.	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500

No.	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	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	14-11	1.300.000	1	6.800		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:

CARMEN OLIVA GUIZA LOPEZ

CC 52.239.680

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **1 SERVICIOS GENERALES,** 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: **CARMEN OLIVA GUIZA LOPEZ**
CC, 52.239.680

Numero Cta: 3025102899
Banco: NEQUI

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8221

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
CARMEN OLIVA GUIZA LOPEZ			
NIT o C.C.	52239680		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 3 Nº 22 - 14		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		6587459	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 9132421eac3155cf6a1439d6163aae79d34e285e1ab58a4d88a3d8e0e3632035e1d96ea05f7931a5decc3a0e59080031 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:47 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

FLOR ANGELA GUTIERREZ SOSA

CC 51.839.208

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **2 SERVICIOS GENERALES,** 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 Flor Angela Gutierrez Sosa

Nombre: **FLOR ANGELA GUTIERREZ SOSA**
CC, 51.839.208

Numero Cta: 03144757660
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8222

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
FLOR ANGELA GUTIERREZ			
NIT o C.C.	51839208		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 EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 453b9bc796ff37d47980d7e64f6218d7325bfe04814565ff9c9ec25ecb0dbbd56c8d934283d69851c0e1887ddf05fd53 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:50 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 51839208		GUTIERREZ SOSA FLOR ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18 A 111 A 29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144757660	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	1116165870	9477475373	I	2025/01/07	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$169,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
1	CC	51839208 GUTIERREZ FLOR																		0	$0	$0	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$169,300
Total		**Afiliados(1)**																			$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51839208		GUTIERREZ SOSA FLOR ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18 A 111 A 29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144757660	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	1116165870	9477475373	I	2025/01/07	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$169,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$169,300**	**$0**	**$0**	**$169,300**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

JOSE GREGORIO RAUSEO MARTINEZ

CC PPT 6894364

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **3 SERVICIOS GENERALES,** 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 GREGORIO RAUSEO MARTINEZ**
CC, PPT 6894364

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8262

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JOSE GREGORIO RAUSEO MARTINEZ		
NIT o C.C.	6894364	
DIRECCION	CRA 45-168-1	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO SERVICIOS GENERALES CONVENIO 9578 COMUNIDAD CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	6894364	JOSE GREGORIO RAUSEO MARTINEZ	calle 185B 17-49	3167253604	rauseomartinezjg@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	27/12/2025	83952886	$169.300	

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					
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	162.500	0		0	6.800		0	6.800	0	0	0	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	0	0	0
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	1	169.300	169.300

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
PT	6894364	JOSE GREGORIO RAUSEO MARTINEZ	calle 185B 17-49	3167253604	rauseomartinezjg@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	83952886	$169.300	

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	PT	6894364	RAUSEO MARTINEZ JOSE GREGORIO	3	0	X		N	X																	0	0	0	0	0	0	EPS042	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

NINI JOHANA CORTEZ SAAVEDRA

CC 1.070.962.620

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **4 SERVICIOS GENERALES,** 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
Nini Johana Cortés S.
Nombre: **NINI JOHANA CORTEZ SAAVEDRA**
CC, 1.070.962.620

Numero Cta: 24122175158
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8224

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
NINI CORTEZ		
NIT o C.C.	28936365	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 EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 9b28e2f5fec2a1fb8599e072b1a0f476672f542d7e723403c6c2985dd60840f0794466c8494c21f2e160508ddc2677c2 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:52 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LINEY BALOCO

CC 50956395

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **5 SERVICIOS GENERALES,** 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 Liney María Baloco Sanchez

Nombre: **LINEY BALOCO**
CC, 50956395

Numero Cta: 477900050915
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8225

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
LINEY BALOCO			
NIT o C.C.	50956395		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CARRERA 74 26B 56		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		2758456	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: ee8a61c43a9db640c0b9233d5ccdf459a3b404004fd14c4951ad8903944fcb8f36644e52618afb47d9d95c65378e8274 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:54 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	50956395	LINEY MARIA BALOCO SANCHEZ	cra 101a # 152a - 49	7322832	cpsoviedomultietnias@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	27/12/2024	82949477	$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	50956395	LINEY MARIA BALOCO SANCHEZ		cra 101a # 152a - 49	7322832	cpsoviedomultietnias@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	82949477	$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	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	50956395	BALOCO SANCHEZ LINEY MARIA	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

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 1031178538		TIMOTE PRADA ANGELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL138 A SUR 14I 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3195284573	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	1156823862	9479584491	I	2025/01/13	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$384,100

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	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	1031178538	TIMOTE ANGELA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 1031178538		TIMOTE PRADA ANGELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL138 A SUR 14I 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3195284573	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	1156823862	9479584491	I	2025/01/13	2024/12/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$384,100

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	$13,600	$0	$0	$13,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$384,100**	**$0**	**$0**	**$384,100**

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

ANGELA PATRICIA TIMOTE PRADA

CC 1.031.178.538

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **6 SERVICIOS GENERALES,** 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: **ANGELA PATRICIA TIMOTE PRADA**
CC, 1.031.178.538

Numero Cta: 24137401246
Banco: CAJA SOCIAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8226

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGELA PATRICIA TIMOTE PRADA		
NIT o C.C.	1031178538	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CALLE 138 A SUR 141 28	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 87eb515dd91b58a6eb881dbf2b4c32e44c5b52f55c8d9e36dd87cedae62871e221a2fa27e9efa73ab35cb9d1375281fe --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:55 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 1014205930		ROZO RODRIGUEZ MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 84 #77-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132275997	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	1156561241	9479312897	I	2025/01/10	2024/12/27	BANCO DAVIVIENDA	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 1014205930	ROZO MAYRA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	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

2024/12/27 01:05 PM

Scanned with 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 1014205930		ROZO RODRIGUEZ MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 84 #77-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132275997	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	1156561241	9479312897	I	2025/01/10	2024/12/27	BANCO DAVIVIENDA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
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	$377,300	$0	$0	$377,300

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ

CC 1.014.205.930

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **7 SERVICIOS GENERALES,** 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 MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ

Nombre: **MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ**
CC, 1.014.205.930

Numero Cta: 488444367442
Banco: DAVIVIENDA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8227

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ		
NIT o C.C.	1014205930	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764063383583 que habilita desde DSEL2461 hasta DSEL100000. Vence 05-01-2025
DIRECCION	CRA 45-16-16	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 78d217445ea1e41c3a44c6ec377f96c65d3f7f6d14dd2dbdc5aa7d6066f053437493dbe7982a4ad72cb5b9a459269e2d --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:56 p. m.

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

NATHALIE CAPRILES FERNANDEZ

CC PPT 7558613

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **8 SERVICIOS GENERALES,** 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: **NATHALIE CAPRILES FERNANDEZ**
CC, PPT 7558613

Numero Cta: 60194468514014
Banco: BANCOLOMBIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8228

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
NATHALIE CAPRILES FERNANDEZ			
NIT o C.C.	7558613		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 EN SERVICIOS GENERALES CONV 9578 DE 2024 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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: 5f569758858293ac4c314d1b7e5c6aa4b11ba327a3e501c37fd41072e88ddd6f0f28769ef73f9a531e9e8865a9477423 --Fecha y Hora de Expedición : 27/12/2024 6:24:57 p. m.

Señor(es): NATALI CAPRILES FERNANDEZ
Nit: PT 7558613
Dirección: Cll181b 8 58
Teléfono: 3143933697 **Fax:** 3143933697
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	NATALI CAPRILES FERNAN
Tipo y número de identificación	7558613
Número de radicación planilla	8382830593
Fecha de pago	12/27/2024
Número de autorización de pago	30770743
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2024
Periodo cotización pensión	Diciembre 2024
Periodo cotización caja	Diciembre 2024
Número de administradoras	2
Total Pagado	$169.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$6.800	1
EPS008	Compensar EPS	$162.500	1

PAGADO 30770743

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	PT	7558613	CAPRILES FERNANDEZ NATHALIE	EPS008																					1.300.000	0	0	1.300.000	0	X		0	0	0	162.500	0

PAGADO 30/7/3

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

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830018406-7

DEBE A:

LAURA ALEJANDRA REYES TORRES

CC 1.027.524.422

LA SUMA DE:

($ 304.192)

TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 00/100

POR CONCEPTO:

Por concepto de pago por la prestación de servicios como: **8 SERVICIOS GENERALES,** 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: **LAURA ALEJANDRA REYES TORRES**
CC, 1.027.524.422

Numero Cta: 3114098119
Banco: NEQUI

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

8230

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LAURA REYES TORRES		
NIT o C.C.	1027524422	
DIRECCION	CRA 165-16-887	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/12/2024	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO SERVICIOS GENERALES CONVENIO 9578 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	304.191

Valor en Letras

TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**304.191**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**2.938**
TOTAL DOCUMENTO	**301.253**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LAURA ALEJANDRA REYES TORRES**, identificado con **CC** número **1027524422**, aportó por **LAURA ALEJANDRA REYES TORRES**, identificado(a) con **CC** número **1027524422** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **57 - Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-12** y salud **2024-12** de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	X														0		5	$237.250	$0	$0	Diciembre - 2024	83991216	06/02/2025	N
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	X														0		5	$237.250	$0	$0	Diciembre - 2024	83991216	06/02/2025	N
EPS002	Salud Total EPS	X														0		5	$237.250	$0	$0	Diciembre - 2024	83991216	06/02/2025	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Febrero de 2025

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