Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

DIANA MIREYA REYES VARGAS
C.C. 52´829.634 de Bogotá

La suma de:
$ 4´000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como COORDINADORA en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

DIANA MIREYA REYES VARGAS
C.C. 52´829.634 de Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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 52829634		REYES VARGAS DIANA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 36 14 A 45 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2786281	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	55081708	9483708814	I	2025/04/08	2025/03/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$495,000

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)																							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000
1	CC	52829634	REYES DIANA																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS008	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,600,000	2.436%	$39,000	0	$0	$0	No	$495,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000		$39,000		$0	$0		$495,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52829634		REYES VARGAS DIANA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 36 14 A 45 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2786281	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	55081708	9483708814	I	2025/04/08	2025/03/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$495,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$495,000	$0	$0	$495,000

Bogotá D.C., 18 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

TANIA LORENA GOMEZ RUBIO
CC. 1.233.502.847

La suma de:
$ 1.700.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Psicologa** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 17 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: MILLON SETECIENTOS MIL DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Tania Lorena Gomez Rubio
CC. 1.233.502.847

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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 1233502847		GOMEZ RUBIO TANIA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 21 36 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138629229	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1346696707	9483234460	I	2025/04/10	2025/03/19	NEQUI	0	$238,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1233502847	GOMEZ RUBIO TANIA LORENA	231001	17	$806,650	$129,100	EPSC34	17	$806,650	$100,900		0	$0	$0	14-11	17	$806,650	$8,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$806,650**	**$129,100**			**$806,650**	**$100,900**			**$0**	**$0**			**$806,650**	**$8,500**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$129,100	$0	$0	$129,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$129,100	$0	$0	$129,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,500	$0	$0	$8,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,500	$0	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100,900	$0	$0	$100,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$100,900	$0	$0	$100,900
TOTAL				1	$238,500	$0	$0	$238,500

2025/03/10 08:58 AM

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LEIDI YOANA MORENO AMAYA
CC. 1069727199

La suma de:
$ 1.300.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **PSICÓLOGA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 18 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: UN MILLÓN TRECIENTOS MIL PESOS

Cordialmente,

Leidi yoana moreno Amaya.

LEIDI YOANA MORENO AMAYA
CC. 1069727199

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1069727199-	LEIDI YOANA MORENO AMAYA	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
3	2025	3	2025

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
84600549	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
carrera 20 # a4- 90	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D.C.	11	3108614015		leimor.120@hotmail.com	8692	0	1	2025/03/03	1303012341

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
MIN001	901037916-1	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	7.500		0	0	7.500
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	7.500	0	0	75	7.500

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	227.800	227.800
SALUD	178.000	178.000
RIESGOS LABORALES	7.500	7.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	413.300	413.300

PAGADO 2341

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

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	COLOMBIANO EN COLOMBIA	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1069727199	MORENO AMAYA LEIDI YOANA	MIN001	230201																				1.423.500	1.423.500	0	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

PAGADO
1306712341

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

Bogotá D.C 20 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

KATHERIN GARCIA VILLARREAL

C.C. 1.083.014.366

La Suma de:

$ 2.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como psicóloga en el Centro de Emergencia contrato 11028642024 por el periodo correspondiente 01 de marzo a 20 de marzo de 2025.

SON: (DOS MILLONES) mcte.

Cordialmente,

KATHERIN GARCIA VILLARREAL

C.C. 1.083.014.366

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083014366		GARCIA VILLARREAL KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 60-59 21 sur torre 5 apto334	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
2025-03	2025-03	1359973178	9483374676	I	2025/04/15	2025/03/25	NEQUI	0	$275,600

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)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$5,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$949,000**	**$151,900**			**$949,000**	**$118,700**			**$0**	**$0**			**$949,000**	**$5,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$949,000**	**$151,900**			**$949,000**	**$118,700**			**$0**	**$0**			**$949,000**	**$5,000**		**$0**	**$0**
1	CC	1083014366	GARCIA KATHERIN	230301	20	$949,000	$151,900	ESSC24	20	$949,000	$118,700		0	$0	$0	14-11	20	$949,000	$5,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$949,000**	**$151,900**			**$949,000**	**$118,700**			**$0**	**$0**			**$949,000**	**$5,000**		**$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 1083014366		GARCIA VILLARREAL KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 60-59 21 sur torre 5 apto334	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
2025-03	2025-03	1359973178	9483374676	I	2025/04/15	2025/03/25	NEQUI	0	$275,600

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)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$5,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$5,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$5,000		$0	$0
1	CC	1083014366 GARCIA KATHERIN	230301	20	$949,000	$151,900	ESSC24	20	$949,000	$118,700		0	$0	$0	14-11	20	$949,000	$5,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$5,000		$0	$0

2025/03/25 02:09 PM

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 1083014366		GARCIA VILLARREAL KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 60-59 21 sur torre 5 apto334	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
2025-03	2025-03	1359973178	9483374676	I	2025/04/15	2025/03/25	NEQUI	0	$275,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,900	$0	$0	$151,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$151,900	$0	$0	$151,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,000	$0	$0	$5,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,000	$0	$0	$5,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,700	$0	$0	$118,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$118,700	$0	$0	$118,700
TOTAL				1	$275,600	$0	$0	$275,600

2025/03/25 02:09 PM

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 1083014366		GARCIA VILLARREAL KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trav 60-99 21 sur torre 5 apto334	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
2025-03	2025-03	1359973178	9483374676	I	2025/04/15	2025/03/25	NEQUI	0	$275,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,900	$0	$0	$151,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$151,900	$0	$0	$151,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,000	$0	$0	$5,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,000	$0	$0	$5,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,700	$0	$0	$118,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$118,700	$0	$0	$118,700
TOTAL				1	$275,600	$0	$0	$275,600

2025/03/25 02:09 PM

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

Yamile Rodríguez Candia

CC. 53031693

La suma de:
$ 3,000,000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **PSICOLOGA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: TRES MILLORES DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Yamile Rodríguez
CC. 53031693

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53031693
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YAMILE RODRIGUEZ CANDIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 33 21 - 37 TORRE 8 APTO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7961726659**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1376993926		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800
SUBTOTAL:			1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 178.000
SUBTOTAL:			1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.500
SUBTOTAL:			1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.300**

Bogotá D.C., 30 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JULIANA CAMILA BARRAGAN USECHE
CC. 1.018.507.710

La suma de:
$ 1.700.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TRABAJADORA SOCIAL** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 1 al 30 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: MILLON SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

JULIANA CAMILA BARRAGAN USECHE
CC. 1.018.507.710

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

Simple

Fecha creación reporte 2025-03-19, 10:04:24 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1070609453

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

Cliente:

PAGADA 2025-03-19 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIANA CAMILA BARRAGAN USECHE				
Documento	CC 1018507710	**Dirección**	CR 53 #176 - 50		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223026447		
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 1018507710		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					BARRAGAN USECHE JULIANA CAMILA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

CINDI TATIANA OJEDA CASTILLO
CC. 1123313391

La suma de:
$ 500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TRABAJADOR SOCIAL** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 26 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: QUINIENTOS MIL.M/CTE.

Cordialmente,

Cindi Ojeda

CINDI TATIANA OJEDA CASTILLO
CC. 1123313391

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1123313391
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CINDI TATIANA OJEDA CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LEGUIZAMO	DEPARTAMENTO:	PUTUMAYO
DIRECCIÓN:	BARRIO MAGDALENA	TELÉFONO:	9999999
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:			4596976119	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/27	NUMERO AUTORIZACIÓN:	9992134668

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
230201	230201 PROTECCION	1	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 45.600	$ 0	$ 45.600
SUBTOTALES:										**$ 45.600**	**$ 0**	**$ 45.600**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 35.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.600	$ 0	$ 0	$ 35.600
SUBTOTALES:													**$ 35.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 35.600**

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	$ 3.000	$ 3.000	$ 0	$ 0	$ 3.000
SUBTOTALES:									**$ 3.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	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	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1123313391	OJEDA CASTILLO CINDI TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO	25																	230201-PROTECCION	6	$ 284.700	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 45.600	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 284.700	$ 35.600	$ 0	$ 35.600	14-11 - ARL SURA	6	$ 284.700	112331339	$ 3.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 84.200

Planilla Pagada

Bogotá D.C 27 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANA MARÍA DUSSAN CARDENAS

C.C. 1018506685

La Suma de:

$2´600.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Trabajadora Social** en el Centro de Acogimiento Inicial Reconciliación contrato 11028642024 por el periodo correspondiente entre el 01 al 26 de marzo de 2025.

SON: (Dos millones seiscientos mil) m/cte.

Cordialmente,

Ana Maria Dussan C.
ANA MARÍA DUSSAN CARDENAS
C.C. 1018506685

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICOQUEPERTENEZCOALRÉGIMENSIMPLIFICADOYNOESTOYOBLIGADO A FACTURAR.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-27, 12:07:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070932711

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823588053

PAGADO 27/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018506685	ANA MARIA DUSSAN CARDENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	1,044	$ 1.423.500	$ 14.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.700

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 14.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.700	$ 0	$ 420.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANGIE LORENA CIFUENTES LEAL

C.C. 1.013.661.597 Bogotá

La Suma de:

$ 3'000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TRABAJADORA SOCIAL** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: MIL DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

ANGIE LORENA CIFUENTES LEAL
C.C. 1.013.661.597 Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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 1013661597		CIFUENTES LEAL ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 12 d # 17 a - 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208377052	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1361422539	9482859581	I	2025/04/24	2025/03/26	NEQUI	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1013661597	CIFUENTES ANGIE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

Bogotá D.C., 30 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LAURA CAMILA PACHON PAREDES
CC. 1.019.093.090

La suma de:
$ 400.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TRABAJADORA SOCIAL MEDIO TIEMPO** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 10 al 17 del mes de marzo 2025.

SON: CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

LAURA CAMILA PACHON PAREDES
CC. 1.019.093.090

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016093090	LAURA CAMILA PACHON PAREDES	cl 1 sur # 81 63	4006240	lcpachon@unimonserrate.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	11/03/2025	84929862	$441.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JEIMMY ALEXANDRA MORA NIÑO

CC.1.070.925.250

La Suma de:

$ 2'500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'500.000)

Cordialmente,

Jeimmy Mora

JEIMMY ALEXANDRA MORA NIÑO
CC.1.070.925.250

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

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 1070925250		MORA NIÑO JEIMMY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 136 No. 146 - 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6977682	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1367864836	9482359126	I	2025/04/11	2025/03/28	NEQUI	0	$413,300

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)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1070925250	MORA JEIMMY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/03/28 01:20 PM

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 1070925250		MORA NIÑO JEIMMY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 136 No. 146 - 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6977682	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1367864836	9482359126	I	2025/04/11	2025/03/28	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/03/28 01:20 PM

Bogotá D.C., 31 de Marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

Carolina Cita Baquero
CC. 52879381

La suma de:
QUINIENTOS MIL DE PESOS M/CTE.
($ 500.000)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Trabajadora Social** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 21 al 31 del mes de Marzo de dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

CAROLINA CITA BAQUERO
TRABAJADORA SOCIAL
C.C.# 52879381

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52879381	CAROLINA CITA BAQUERO		CLL 80 BIS N 82 A 67	3203747727	carolinacita@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	02/04/2025	85328262	$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **KELLYS SARMIENTO ROMAN**

CC. **1.140.884.126**

La suma de: **$3.800.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **NUTRICIONISTA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL** (contrato **1102864-2024)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo (2025).

Son: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL MCTE.

Cordialmente,

Kellys Sarmiento R.
KELLYS SARMIENTO ROMAN

C.C. 1.140.884.126

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140884126		SARMIENTO ROMAN KELLYS DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 39 75B 38	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3228977670	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1374130620	9483644606	I	2025/04/07	2025/03/31	NEQUI	0	$449,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,200	$0	$0	$243,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$243,200	$0	$0	$243,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$15,900	$0	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$0	$0	$190,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$190,000	$0	$0	$190,000
TOTAL				1	$449,100	$0	$0	$449,100

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

HELKIN DAZA HERRERA

CC.1.020.746.080

La Suma de:

$ 3'000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como PEDAGOGO en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: TRES MILLONES DE PESOS M/CTE. ($3'000.000)

Cordialmente,

HELKIN DAZA HERRERA
CC.1.020.746.080

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020746080	HELKIN DAZA HERRERA	Calle 186 b # 4 a13	3173542990	Helkin_daza_herrera@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	85120937	TOTAL A PAGAR	
					$421.900	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	421.900	421.900

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	1020746080	HELKIN DAZA HERRERA	Calle 186 b # 4 a13	3173542990	Helkin_daza_herrera@hotmail.es	
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	
2025-03	2025-03	I	20/03/2025	85120937	$421.900	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de entificación	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
020746080	DAZA HERRERA HELKIN	57	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LUCIA RODRIGUEZ JOVEL

CC.39'564.830

La Suma de:

$ 2'500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como AUXILIAR ENFERMERIA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'500.000)

Cordialmente,

LUCIA RODRIGUEZ JOVEL
CC.39'564.830

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39564830		RODRIGUEZ JOVEL LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 14 #108 - 48	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
2025-03	2025-03	1357005610	9482123023	I	2025/04/08	2025/03/25	NEQUI	0	$420,700

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)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
1	CC	39564830 RODRIGUEZ LUCIA																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39564830		RODRIGUEZ JOVEL LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 14 #108 - 48	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
2025-03	2025-03	1357005610	9482123023	I	2025/04/08	2025/03/25	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$420,700**	**$0**	**$0**	**$420,700**

2025/03/26 06:28 PM

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954 – 5

DEBE A:

MARTHA CECILIA ALVAREZ CARRILLO
CC. 39'654.303
La Suma de:
$ 958.333.00

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el centro de acogimiento inicial RECONCILIACION con el contrato (110 – 2864 – 2024) correspondiente al 08 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE. ($958.333.00)

Cordialmente;

Martha Cecilia Alvarez C

MARTHA CECILIA ALVAREZ CARRILLO
CC. 39'654.303

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.
CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-01, 01:45:02 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071535782

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823027569

PAGADO 01/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA CECILIA ALVAREZ CARRILLO		
Documento	CC39654303	**Dirección**	CLL 68 A UR N 80 N 83
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209855002
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 39654303	MARTHA CECILIA ALVAREZ CARRILLO	59	00	X																0	26	26	26	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.233.700	$ 197.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.233.700	$ 154.300	0,522	$ 1.233.700	$ 6.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200

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
$ 1.233.700	$ 1.233.700	$ 1.233.700	$ 0	$ 197.400	$ 154.300	$ 6.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200	$ 0	$ 358.200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JORGE ENRIQUE CORREA PACHECO

CC.80'099.904

La Suma de:

$ 2'500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como TALLERISTA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 - 2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'500.000)

Cordialmente,

Jorge Enrique Correa

JORGE ENRIQUE CORREA PACHECO
CC.80'099.904

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80099904		CORREA PACHECO JORGE ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 17 #40-49 CJNT OLIVO 1	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
2025-03	2025-03	1366440424	9483482013	I	2025/04/02	2025/03/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$192,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC	80099904	CORREA JORGE		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80099904		CORREA PACHECO JORGE ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 17 #40-49 CJNT OLIVO 1	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
2025-03	2025-03	1366440424	9483482013	I	2025/04/02	2025/03/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$192,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$192,900	$0	$0	$192,900

2025/03/27 08:41 PM

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANGEL DE JESUS CASTRO CASTAÑEDA

CC.1.070.596.734

La Suma de:

$ 1'000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como TALLERISTA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 - 2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: UN MILLON DE PESOS M/CTE. ($1'000.000)

Cordialmente,

ANGEL DE JESUS CASTRO CASTAÑEDA
CC.1.070.596.734

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070596734		ANGEL DE JESUS CASTRO CASTAÑEDA	INDEPENDIENTE	Principal	KR 7 5 37	SOACHA-CUNDINAMARCA	2613916	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1361016797	9483406852	I	2025/04/08	2025/03/26	NEQUI	0	$162,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																							$569,400	$91,200			$569,400	$71,200			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$162,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																							$569,400	$91,200			$569,400	$71,200			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$162,400
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																							$569,400	$91,200			$569,400	$71,200			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$162,400
1	CC	1070596734	CASTRO ANGEL	X																	23020 1	12	$569,400	$91,200	EPS017	12	$569,400	$71,200		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$162,400
Total Afiliados(1)																							$569,400	$91,200			$569,400	$71,200			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$162,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070596734		ANGEL DE JESUS CASTRO CASTAÑEDA	INDEPENDIENTE	Principal	KR 7 5 37	SOACHA-CUNDINAMARCA	2613916	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1361016797	9483406852	I	2025/04/08	2025/03/26	NEQUI	0	$162,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$91,200	$0	$0	$91,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$91,200	$0	$0	$91,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$71,200	$0	$0	$71,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$71,200	$0	$0	$71,200
TOTAL				1	$162,400	$0	$0	$162,400

2025/03/25 06:55 PM

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

VIVIAN YULIETH SOTO ANGULO

CC.1.062.961.051

La Suma de:

$ 2'400.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADORA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 - 2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'400.000)

Cordialmente,

VIVIAN YULIETH SOTO ANGULO
CC.1.062.961.051

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **VIVIAN YULIETH SOTO ANGULO**, identificada con **CC** número **1062961051**, aportó por **VIVIAN YULIETH SOTO ANGULO**, identificado(a) con **CC** número **1062961051** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **85303195** para el periodo de salud **2025-03** y pensiones **2025-03** de la siguiente forma.

TIPO	OPERACIÓN	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUSPENSIÓN	INGRESO	RETIRO	TRASLADO	SANCIÓN	INCAPACIDAD	LICENCIA	VARIACIÓN	APORTE	MORA	EXONERACIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	FACTOR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA PAGO	ACTIVIDAD
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0	X										0	30	$1.423.500	0,00522	1	$7.500	Marzo - 2025	85303195	31/03/2025	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0	X										0	30	$1.423.500	0,16000		$227.800	Marzo - 2025	85303195	31/03/2025	N
Salud	EPS002	Salud Total EPS	800130907	59	0	X										0	30	$1.423.500	0,12500		$178.000	Marzo - 2025	85303195	31/03/2025	N

El presente certificado se expide a los 29 días del mes Marzo de 2025

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JULIAN ALEJANDRO ESTEBAN RUEDA

CC.1.023.946.116

La Suma de:

$ 2'480.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADOR en el Centro de acogimiento inicial contrato 110028632024 por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. (2'480.000)

Cordialmente.

JULIAN ALEJANDRO ESTEBAN RUEDA

CC.1.023.946.116

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de

---

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIAN ALEJANDRO ESTEBAN RUEDA	**NIT:**	1023946116
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2025
Número de Radicación:	85165226	**Total a pagar:**	$413,300
Fecha de vencimiento:	04/04/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	28/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	**Número Autorización:**	1367469274
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	1		$0	$7,500
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$227,800
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$178,000
						$413,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

MIGUEL ANGEL MORA RAMIREZ

CC.1.022.402.212

La Suma de:

$ 2'480.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADOR en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. ($2'480.000)

Cordialmente,

MIGUEL ANGEL MORA RAMIREZ
CC.1.022.402.212

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022402212		MIGUEL ANGEL MORA RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 8D Este 36C 45 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6502020	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1349999208	9483299956	I	2025/04/03	2025/03/20	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
1	CC	1022402212 MORA MIGUEL																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022402212		MIGUEL ANGEL MORA RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 8D Este 36C 45 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6502020	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1349999208	9483299956	I	2025/04/03	2025/03/20	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JULIAN DAVID HERRERA CARDENAS

CC.1.022.437.556

La Suma de:

$ 2'160.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADOR en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($2'160.000)

Cordialmente,

JULIAN DAVID HERRERA CARDENAS
CC.1.022.437.556

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-27, 10:39:22 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071399681

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 27/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIAN DAVID HERRERA CARDENAS		
Documento	CC1022437556	**Dirección**	CR 98A #15 A - 70 TORRE 3 AP 604
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209383902
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 1022437556	JULIAN DAVID HERRERA CARDENAS	57	00	X																0	28	28	28	0	(230301) PORVENIR	$ 1.328.600	$ 212.600	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.328.600	$ 166.100	0,522	$ 1.328.600	$ 7.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.700

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
$ 1.328.600	$ 1.328.600	$ 1.328.600	$ 0	$ 212.600	$ 166.100	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.700	$ 0	$ 385.700

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 marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

OLGA LINED ARCE FRANCO

CC.31'941.791

La Suma de:

$ 2'400.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADORA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 - 2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'400.000)

Cordialmente,

OLGA LINED ARCE FRANCO
CC.31'941.791

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013956613		HERNANDEZ RODRIGUEZ FREY DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 52 sur 53 a 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133793453	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	136501439	94835992	I	2025/04/01	2025/03/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	cde				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)																								$1,422,500	$227,600			$1,422,500	$170,700			$0	$0			$1,422,500		$7,500			$0	$0		$413,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								$1,422,500	$227,600			$1,422,500	$170,700			$0	$0			$1,422,500		$7,500			$0	$0		$413,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$1,422,500	$227,600			$1,422,500	$170,700			$0	$0			$1,422,500		$7,500			$0	$0		$413,300
1	CC	1013956613	HERNANDEZ FREY																			1	30	$1,422,500	$227,600	1	30	$1,422,500	$170,700			$0	$0	1	30	$1,422,500	0.5000	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total Afiliados(1)																								$1,422,500	$227,600			$1,422,500	$170,700			$0	$0			$1,422,500		$7,500			$0	$0		$413,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013956613		HERNANDEZ RODRIGUEZ FREY DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 52 sur 53 a 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133793453	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	136501439	94835992	I	2025/04/01	2025/03/27	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,600	$0	$0	$227,600
COLFONDOS	230301	800,227,940	6	1	$227,600	$0	$0	$227,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$0**	**$0**	**$413,300**

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **JOSE RAFAEL AGUILAR CERA**

CC. **1.128.327.584**

La suma de: **$3.290.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL (**contrato **1102864-2024)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo (2025).

Son: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL MCTE.

Cordialmente,

Jose RAFAEL AGUILAR C
JOSE RAFAEL AGUILAR CERA
C.C 1.128.327.584

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.
CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1128327584		AGUILAR CERA JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78K 57I 22	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
2025-03	2025-03	1367992187	9483471884	I	2025/04/22	2025/03/28	NEQUI	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1128327584	AGUILAR JOSE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERA**

CC. 30.668.994

La suma de: **$776.667**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL** (contrato **1102864-2024)**, por el periodo correspondiente del 01 al 10 de marzo (2025).

Son: SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MCTE.

Cordialmente,

Katia elena Gonzalez
KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERA

C.C. 30.668.994

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	30668994	KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS	carrera 78k # 57i - 22	3113019017	gonzalescontreraskatiaelena@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	
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85257885	$413.300	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	30668994	KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS	carrera 78k # 57i - 22	3113019017	gonzalescontreraskatiaelena@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	
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85257885	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	30668994	GONZALEZ CONTRERAS KATIA ELENA	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **RUBEN RUIZ CAYON**

CC. **1.082.922.231**

La suma de: **$ 1.533.333**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL** (contrato **1102864-2024)**, por el periodo correspondiente del 11 al 31 de marzo (2025).

Son: UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MCTE.

Cordialmente,

RUBEN RUIZ CAYON

C.C. 1.082.922.231

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082922231		RUBEN ALFREDO RUIZ CAYON	INDEPENDIENTE	Principal	calle 63 #119-11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3107965420	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1374466378	9483758577	I	2025/04/08	2025/03/31	BANCOLOMBIA	0	$280,600

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)						$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$10,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$10,000		$0	$0
1	CC	1082922231	RUIZ RUBEN	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$118,700		0	$0	$0	14-11	20	$949,000	$10,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$10,000		$0	$0

2025/03/31 11:48 AM

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 1082922231		RUBEN ALFREDO RUIZ CAYON	INDEPENDIENTE	Principal	calle 63 #119-11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3107965420	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1374466378	9483758577	I	2025/04/08	2025/03/31	BANCOLOMBIA	0	$280,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,900	$0	$0	$151,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$151,900	$0	$0	$151,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,700	$0	$0	$118,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$118,700	$0	$0	$118,700
TOTAL				1	$280,600	$0	$0	$280,600

BOGOTA D.C MARZO 31 DE 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A: **RUBIELA VALENCIA GARCIA**

CC. **1.006.192.948**

La suma de: **$2.330.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL** (contrato **1102864-2024)**, por el periodo correspondiente del 01 al 31 de marzo (2025).

Son: DOS MILLONES TRECIENTOS TREINTA MIL MCTE.

Cordialmente,

Rubiela Valencia

RUBIELA VALENCIA GARCIA
C.C. 1.006.192.948

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006192948		VALENCIA GARCIA RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG32 #13B-04	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
2025-03	2025-03	1374160962	9483423951	I	2025/04/10	2025/03/31	NEQUI	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1006192948	VALENCIA RUBIELA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/03/31 10:26 AM

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

MALBY BERRIO MERCADO

CC.1.101.873.117

La Suma de:

$ 2'330.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como AUXILILAR COCINA en el Centro de acogimiento inicial contrato (110 -2864 – 2024) por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE. ($2'330.000)

Cordialmente,

Malby Berrio
MALBY BERRIO MERCADO
CC.1.101.873.117

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101873117		BERRIO MERCADO MALBY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 85 N 85 20 SUR	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
2025-03	2025-03	1364919665	9483375450	I	2025/04/04	2025/03/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1101873117	BERRIO MALBY	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/03/27 11:09 AM

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS
CC. 30'668.994
La Suma de:
$ 910.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR DE COCINA** en el Centro de acogimiento inicial contrato 110028632024 por el periodo correspondiente 10 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS MCTE ($910.000)

Cordialmente,

Katia Gonzalez C
KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS
CC. 30'668.994

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	30668994	KATIA ELENA GONZALEZ CONTRERAS		carrera 78k # 57i - 22	3113019017	gonzalescontreraskatiaelena@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTA 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85257885	$413.300

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

DIANA JANETH CASTILLO ALARCON

CC.52'193.274

La Suma de:

$ 2'330.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como SERVICIOS GENERALES en el Centro de acogimiento inicial contrato 110 -2864 - 2024 por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE. ($2'330.000)

Cordialmente,

DIANA CASTILLO
DIANA JANETH CASTILLO ALARCON
CC.52'193.274

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

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 52193274		DIANA JANETH CASTILLO ALARCON	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 72G # 56A 64 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6205058	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1367987972	9483553243	I	2025/04/16	2025/03/28	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

Bogotá D.C 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANA EDUVINA VALENCIA CRUZ

CC.65'714.820

La Suma de:

$ 2'330.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como SERVICIOS GENERALES en el Centro de acogimiento inicial contrato 110 -2864 - 2024 por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE. ($2'330.000)

Cordialmente,

ANA EDUVINA VALENCIA CRUZ
CC.65'714.820

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65714820		ANA EDUVINA VALENCIA CRUZ	INDEPENDIENTE	Principal	Transversal 49 # 59C Sur 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3586485	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1362611357	9483430748	I	2025/04/04	2025/03/26	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 65714820	VALENCIA ANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65714820		ANA EDUVINA VALENCIA CRUZ	INDEPENDIENTE	Principal	Transversal 49 # 59C Sur 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3586485	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1362611357	9483430748	I	2025/04/04	2025/03/26	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

2025/03/26 12:45 PM

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ECILDA LEIVA POLO
CC. 39'747.157
La Suma de:
$ 2'330.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **SERVICIOS GENERALES** en el Centro de acogimiento inicial contrato 110028642024 por el periodo correspondiente 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS MCTE ($2'330.000)

Cordialmente,

Ecilda Leiva Polo
ECILDA LEIVA POLO
CC. 39'747.157

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39747157		LEIVA POLO ECILDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 85 a 128 b 22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227367620	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1354968734	9482390587	I	2025/04/14	2025/03/25	NEQUI	0	$185,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	39747157	LEIVA ECILDA		0	$0	$0	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

Bogotá D.C. 31 de Marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JAIDER JOSE HOYOS MESTRA
CC. 1001712878

La suma de:
$ 2.330.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **VIGILANTE** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: DOS MILLONES TRECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Jaider Hoyos

JAIDER HOYOS M
CC. 1001712878

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001712878		HOYOS MESTRA JAIDER JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 100 N. 2B-08	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
2025-03	2025-03	1359371440	9482610241	I	2025/04/21	2025/03/25	NEQUI	0	$413,300

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)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1001712878	HOYOS JAIDER		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/03/25 11:23 AM

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 1001712878		HOYOS MESTRA JAIDER JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 100 N. 2B-08	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
2025-03	2025-03	1359371440	9482610241	I	2025/04/21	2025/03/25	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/03/25 11:23 AM

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

SANDRA ISABEL ESTRELLA PUENTES
CC. 52'066.790
La Suma de:
$ 2'320.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADORA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** contrato 110028642024 por el periodo correspondiente 01 al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($2'320.000)

Cordialmente,

SANDRA ISABEL ESTRELLA PUENTES
CC. 52'066.790

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

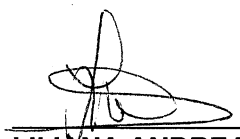
LILIANA ANDREA BARRERA ARISMENDI
CC. 53'131.046
La Suma de:
$ 2'000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADORA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** contrato (110 – 2864 – 2024) por el periodo correspondiente del 07 al 31 de marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES DE PESOS MCTE ($2'000.000)

Cordialmente,



LILIANA ANDREA BARRERA ARISMENDI
CC. 53'131.046

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53131046		BARRERA ARISMENDI LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 96 sur # b 14 - 68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2104936	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1369937168	9483655141	I	2025/04/10	2025/03/31	NEQUI	0	$336,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800		$11,900		$0	$0		$336,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800		$11,900		$0	$0		$336,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800		$11,900		$0	$0		$336,600
1	CC	53131046	BARRERA LILIANA	X																23100 1	24	$1,138,800	$182,300	EPS002	24	$1,138,800	$142,400		0	$0	$0	14-11	24	$1,138,800	1.044%	$11,900	0	$0	$0	No	$336,600
Total		**Afiliados(1)**																				$1,138,800	$182,300			$1,138,800	$142,400			$0	$0			$1,138,800		$11,900		$0	$0		$336,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53131046		BARRERA ARISMENDI LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 96 sur # b 14 - 68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2104936	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1369937168	9483655141	I	2025/04/10	2025/03/31	NEQUI	0	$336,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,300	$0	$0	$182,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$182,300	$0	$0	$182,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,900	$0	$0	$11,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,900	$0	$0	$11,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,400	$0	$0	$142,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$142,400	$0	$0	$142,400
TOTAL				**1**	**$336,600**	**$0**	**$0**	**$336,600**

Bogotá D.C., 31 de Marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

Anggie Lorena Ruiz Grisales
CC. 1010245212

La suma de:
$ 1'900.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **NUTRICIONISTA DIETISTA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACIÓN** (contrato 110 - 2864 - 2024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de marzo de dos mil veinticinco (2025).

SON: UN MILLON NOVECIENTOS MIL DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Anggie L. Ruiz Grisales.

Anggie Lorena Ruiz Grisales
CC. 1010245212

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

enlace operativo

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-06, 01:30:39 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 76620060

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

PAGADA 2025-03-06 13:29:05.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGGIE LORENA RUIZ GRISALES				
Documento	CC 1010245212	Dirección	CR 78H #40 - 21		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Telefono	2454520		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	SUCURSAL	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					RUIZ GRISALES ANGGIE LORENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

| Novedades | | | | |

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

MARIA FERNANDA CARO LINARES
CC. 1.233.890.647
La Suma de:
$ 300.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **TRABAJADORA SOCIAL** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** contrato (110 – 2864 – 2024) por el periodo correspondiente 28 al 31 de marzo de 2025.

SON: TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($300.000)

Cordialmente,

MARIA FERNANDA CARO LINARES
CC. 1.233.890.647

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233890647		MARIA FERNANDA CARO LINARES	INDEPENDIENTE	Principal	CLL 6 A # 94 A 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1396404196	9484413742	I	2025/04/10	2025/04/08	NEQUI	0	$42,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350		$1,500		$0	$0		$42,100
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350		$1,500		$0	$0		$42,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350		$1,500		$0	$0		$42,100
1	CC	1233890647	CARO MARIA	X																23020 1	3	$142,350	$22,800	EPS005	3	$142,350	$17,800		0	$0	$0	14-11	3	$142,350	1.044%	$1,500	0	$0	$0	No	$42,100
Total	**Afiliados(1)**																					$142,350	$22,800			$142,350	$17,800			$0	$0			$142,350		$1,500		$0	$0		$42,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233890647		MARIA FERNANDA CARO LINARES	INDEPENDIENTE	Principal	CLL 6 A # 94 A 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1396404196	9484413742	I	2025/04/10	2025/04/08	NEQUI	0	$42,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$0	$0	$22,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$22,800	$0	$0	$22,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$0	$0	$1,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,500	$0	$0	$1,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,800	$0	$0	$17,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$17,800	$0	$0	$17,800
TOTAL				**1**	**$42,100**	**$0**	**$0**	**$42,100**

2025/04/08 09:56 AM

Bogotá D.C 28 de Marzo de 2025

CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANDRÉS SEBASTIÁN SILVA POVEDA

C.C. 1.000.792.142

La Suma de:

$ 2.480.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como FORMADOR en el Centro de Emergencia contrato 1100-850-2024 por el periodo correspondiente 01 de Marzo a 30 de Marzo de 2025.

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. (2.480.000)

Cordialmente,

Sebastián Silva P.
ANDRÉS SEBASTIÁN SILVA POVEDA

C.C. 1.000.792.142

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000792142	ANDRES SEBASTIAN SILVA POVEDA		Calle 59A bis sur # 76 14	4619193	Seb.nietz18@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	
2025-03	2025-03	I		85205736	$429.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.300	429.300

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	1000792142	ANDRES SEBASTIAN SILVA POVEDA	Calle 59A bis sur # 76 14	4619193	Seb.nietz18@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	
2025-03	2025-03	I		85205736	$429.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
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
CC	1000792142	SILVA POVEDA ANDRES SEBASTIAN	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	2	14.900	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

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

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

MARCIA PATRICIA VILLALBA RODRIGUEZ
CC. 52'232.567
La Suma de:
$ 1'360.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADORA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** contrato (110 – 2864 – 2024) por el periodo correspondiente del 14 al 31 de marzo de 2025.

SON: UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE ($1'360.000)

Cordialmente,

Marcia Villalba.

MARCIA PATRICIA VILLALBA RODRIGUEZ
CC. 52'232.567

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52232567		VILLALBA RODRIGUEZ MARCIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 78 H BIS A 42-63	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
2025-03	2025-03	40217957	9483589961	I	2025/04/15	2025/04/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$238,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$806,650	$129,100			$806,650	$100,900			$0	$0			$806,650	$8,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$806,650	$129,100			$806,650	$100,900			$0	$0			$806,650	$8,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$806,650	$129,100			$806,650	$100,900			$0	$0			$806,650	$8,500		$0	$0
1	CC 52232567	VILLALBA MARCIA	230301	17	$806,650	$129,100	EPS005	17	$806,650	$100,900		0	$0	$0	14-11	17	$806,650	$8,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$806,650	$129,100			$806,650	$100,900			$0	$0			$806,650	$8,500		$0	$0

2025/04/01 01:27 PM

Bogotá D.C. marzo 31 del 2024

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

ANYELA DURLEY DIAZ DURAN
CC. 52.324.740

La suma de:
$ 3.700.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **CAPACITACION** en el **CENTRO DE EMERGENCIA RECONCILIACION** (contrato 11028642024) correspondiente al periodo del 01 al 30 del mes de marzo del dos mil veinticinco (2025).

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL M/CTE.

Cordialmente,

Anyela Díaz

ANYELA DURLEY DIAZ DURAN
CC. 52.324.740

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	52324740-	ANYELA DURLEY DIAZ DURAN	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			2025	3	2025	8527345		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
kr 7 # 53 - 35	BOGOTA, D.C.	11001	BOGOTA, D. C.	11	4725122		anyeladazduran8@gmail.com	7490	1.423.500	1	2025/04/01	1377560716

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	7.500		0	0	7.500
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	7.500		0	75	7.500

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	227.800	227.800
SALUD	178.000	178.000
RIESGOS LABORALES	7.500	7.500
CCF	28.500	28.500
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	441.800	441.800

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

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT
800250954-5

DEBE A:

JOHANNA ROCIO LUCAS MURCIA
CC. 53082927

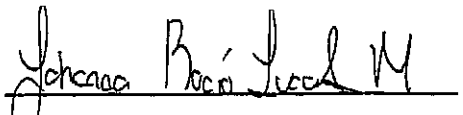
La suma de:
$ **1.440.000**

POR CONCEPTO DE:

Prestaci6n de servicios coma **FORMADORA** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL RECONCILIACION** (contrato 110 - 2864- 2024) correspondiente al periodo del 13 al 31 del mes de marzo 2025.

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS .

Cordialmente,



JOHANNA ROCIO LUCAS MURCIA
CC. 53082927

CC. 53082927

Para efectos de retenci6n en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o mas trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-22, 03:16:02 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071606741

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago 8823037665

PAGADA 02/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANNA ROCIO LUCAS		
Documento	CC53082927	Dirección	CLL2 38B 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3104977427
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 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	RP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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 53082927	JOHANNA ROCIO LUCAS MURCIA	59	0	R																0	30	30	18	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.423.500	$227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1.423.500	$178.000	1.044	$854.100	$9.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$414.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,Licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.423.500	$1.423.500	$854.100	$0	$227.800	$178.000	$9.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$414.800	$0	$414.800

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!

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800.250.954 - 5

DEBE A:

LINA TERESA PERDOMO CORTES
CC. 1.032.365.574
La Suma de
$ 2'500.000.oo

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **ASISTENTE ADMINISTRATIVO** en el centro de acogimiento inicial RECONCILIACION con el contrato (110 – 2864 – 2024) correspondiente al 01 de marzo al 31 de marzo de 2025

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2'500.000.oo)

Cordialmente,

LINA TERESA PERDOMO CORTES
CC. 1.032.365.574

Agente retenedor de retención en la fuente del Art. 383 y 392 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado más de 3 empleados durante el año gravable y asociados a mi núcleo familiar

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

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 1032365574		PERDOMO CORTES LINA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 73A 85 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5405364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	45194402	9482535219	I	2025/04/16	2025/04/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1032365574	PERDOMO LINA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/04/11 01:17 PM

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 1032365574		PERDOMO CORTES LINA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 73A 85 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5405364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	45194402	9482535219	I	2025/04/16	2025/04/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/04/11 01:17 PM