BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

ANGEL ANTONIO HIGUERA ORTEGA

C.C. No. 1.094.285.145 DE PAMPLONA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en NUTRICIÓN en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



ANGEL ANTONIO HIGUERA ORTEGA
C.C 1.094.285.145 DE PAMPLONA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10586

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGEL ANTONIO HIGUERA ORTEGA		
NIT o C.C.	1094285145	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 98-65	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN NUTRICION CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094285145		HIGUERA ORTEGA ANGEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 23 No. 47-35 piso 3	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3209173640	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1745667113	9490837145	I	2025/09/10	2025/09/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$527,500

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	1094285145	HIGUERA ANGEL	230301	30	$1,817,000	$290,800	EPS037	30	$1,817,000	$227,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,817,000	$9,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,817,000**	**$290,800**			**$1,817,000**	**$227,200**			**$0**	**$0**			**$1,817,000**	**$9,500**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,800	$0	$0	$290,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$290,800	$0	$0	$290,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,200	$0	$0	$227,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$227,200	$0	$0	$227,200
TOTAL				1	$527,500	$0	$0	$527,500

2025/09/02 09:01 AM

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

ANGELA JOHANA PARRA BELLO

C.C. No. 39.726.301 DE SIBATÉ

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en TRABAJO SOCIAL en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



ANGELA JOHANA PARRA BELLO
C.C 39.726.301 DE SIBATÉ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10592

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGELA JOHANA PARRA BELLO		
NIT o C.C.	39726301	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 35-78	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39726301	ANGELA JOHANA PARRA BELLO		Tv 11 A # 16-56 CASA	3112609532	angelapabekary@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATE		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	
2025-08	2025-08	I	29/08/2025	896985412	$527.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	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	800144331-3	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	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	SURA	890903790-5	9.500				9.500	0	0	9.500			190	9.500	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	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	536.800	$527.300

PAGADA

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	39726301	ANGELA JOHANA PARRA BELLO		Tv 11 A # 16-56 CASA	3112609532	angelapabekary@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATE		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	
2025-08	2025-08	I	29/08/2025	896985412	$527.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	39126301	PARRA BELLO ANGELA JOHANA	57	0			N																	25-14	1.816.735	290.700	0	0	0	0	EPS008	1.816.735	227.100	14-11	1.816.735	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 3

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

JUAN FELIPE LASSO GUERRERO
C.C. No. 1.003.614.808 de ARBELAEZ

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como profesional en TERAPEUTA OCUPACIONAL en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,

JUAN FELIPE LASSO GUERRERO
C.C. No. 1.003.614.808 de ARBELAEZ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10590

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JUAN FELIPE LASSO GUERRERO		
NIT o C.C.	1003614808 1	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 24 39B 25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003614808	JUAN FELIPE LASSO GUERRERO	Carrera 10 # 5 - 01	3227035884	juanitholasso@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	ARBELÁEZ		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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89146431	$527.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	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	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	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	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	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	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.300	527.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1003614808	JUAN FELIPE LASSO GUERRERO		Carrera 10 # 5 - 01	3227035884	juanitholasso@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ARBELÁEZ	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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89146431	$527.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003614808	LASSO GUERRERO JUAN FELIPE	57	0			N																	230301	1.816.734	290.700	0	0	0	0	EPS037	1.816.734	227.100	14-11	1.816.734	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

YULLY CAROLINA MARTINEZ AMAYA

C.C. No. 1.069.730.127 DE FUSAGASUGA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en ENFERMERÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



YULLY CAROLINA MARTINEZ AMAYA

C.C. No. 1.069.730.127 FUSAGASUGA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10582

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YULLY CAROLINA MARTINEZ AMAYA			
NIT o C.C.	1069730127		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CALLE 23B #75-32		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3144355976	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069730127	YULLY CAROLINA MARTINEZ AMAYA	Calle 23b 75 32	3144355976	KARO-YF08@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89425377	$598.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	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	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	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	44.300				44.300	0	0	44.300			443	44.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.400	0	0	36.400	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	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	44.300	44.300
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	598.500	598.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069730127	YULLY CAROLINA MARTINEZ AMAYA		Calle 23b 75 32	3144355976	KARO-YF08@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89425377	$598.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1069730127	MARTINEZ AMAYA YULLY CAROLINA	57	0			N																	230301	1.816.734	290.700	0	0	0	0	EPS008	1.816.734	227.100	14-11	1.816.734	3	44.300	CCF24	1.816.734	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

LUZ MERY ARBOLEDA MACHADO

C.C. No. 1.077.420.921 DE QUIBDO

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en ENFERMERÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,

LUZ MERY ARBOLEDA MACHADO

C.C 1.077.420.921 DE QUIBDO

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10583

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUZ MERY ARBOLEDA MACHADO		
NIT o C.C.	1077420921	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 85-74	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

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 1077420921		ARBOLEDA MACHADO LUZ MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18b 22b 43 torre 1 apto 403	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3232079609	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1744379347	9491296280	I	2025/09/04	2025/09/02	BANCOLOMBIA	0	$569,300

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)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
1	CC	1077420921 ARBOLEDA LUZ	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS005	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,840,000	$44,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$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 1077420921		ARBOLEDA MACHADO LUZ MERY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18b 22b 43 torre 1 apto 403	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3232079609	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1744379347	9491296280	I	2025/09/04	2025/09/02	BANCOLOMBIA	0	$569,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$0	$0	$44,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$44,900	$0	$0	$44,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$569,300**	**$0**	**$0**	**$569,300**

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 2

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

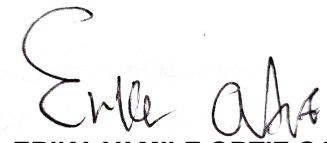
ERIKA YAMILE ORTIZ GALINDO

C.C. No. 1.069.767.071 DE FUSAGASUGA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en ENFERMERÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



ERIKA YAMILE ORTIZ GALINDO

C.C 1.069.767.071 DE FUSAGASUGA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10584

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ERIKA YAMILE ORTIZ GALINDO		
NIT o C.C.	1069767071	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 86-187	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-03, 10:31:14 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1074594530

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 8823345331

PAGADA 01/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA YAMILE ORTIZ GALINDO		
Documento	CC1069767071	Dirección	CR 2 #18 A - 07 MIRADOR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3125457241
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INGRESO	RETIRO	RETIRO PENSIONADO	TRASLADO ENTRE EPS	TRASLADO DESDE OTRA EPS	TRASLADO A OTRA EPS	VARIACION PERMANENTE DE SALARIO	CORRECCION	VARIACION TRANSITORIA DE SALARIO	SUSPENSION TEMPORAL	INCAPACIDAD	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VACACIONES	AUSENCIA TEMPORAL	RETIRO POR MUERTE	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 1069767071	ERIKA YAMILE ORTIZ GALINDO	59	0																0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$1,816,750	$290,700	(EPS005) EPS SANITAS	$1,816,750	$227,100	2.436	$1,816,750	$44,300	(NN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$562,100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licencias,saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,816,750	$1,816,750	$1,816,750	$0	$290,700	$227,100	$44,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$562,100	$0	$562,100

Scanned with CamScanner

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA

C.C. No. 1.069.739.928 DE FUSAGASUGA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como PROFESIONAL en ENFERMERÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,

LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA

C.C 1.069.739.928 DE FUSAGASUGA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10585

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA		
NIT o C.C.	1069739928	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 130-85	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069739928	LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA	Av Las Palmas 6-53 int 206	6018673635	lu-caicedo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89211621	$562.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.200	0		0		0	0	0	0	227.200	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	290.800	0	0	0	0	0	0		290.800	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	44.300				44.300	0	0	44.300			443	44.300	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	227.200	227.200
Pensión	1	290.800	290.800
Riesgos Laborales	1	44.300	44.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	562.300	562.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069739928	LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA		Av Las Palmas 6-53 int 206	6018673635	lu-caicedo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ		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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89211621	$562.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1069739928	CAICEDO BARBOSA LUISA FERNANDA	57	0			N																	231001	1.817.000	290.800	0	0	0	0	EPS005	1.817.000	227.200	14-11	1.817.000	3	44.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ

C.C. No. 1.072.707.579 DE CHÍA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como profesional en FISIOTERAPIA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,

Tatiana Cárdenas

TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ
C.C 1.072.707.579 DE CHÍA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10591

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ		
NIT o C.C.	1072707579	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 24-85	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072707579	TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ	CRA 1 #19-15	8849562	tatianacaroline25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89430315	$562.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	227.200	0		0		0	0	0	0	227.200	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	290.800	0	0	0	0	0	0		290.800	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	44.300				44.300	0	0	44.300			443	44.300	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	227.200	227.200
Pensión	1	290.800	290.800
Riesgos Laborales	1	44.300	44.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	562.300	562.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072707579	TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ		CRA 1 #19-15	8849562	tatianacaroline25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	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	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89430315	$562.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1072707579	CARDENAS SANCHEZ TATIANA CAROLINA	57	0			N																	230301	1.817.000	290.800	0	0	0	0	EPS002	1.817.000	227.200	14-11	1.817.000	3	44.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

YEFFERSON FABIÁN GARZÓN RAMÍREZ

C.C. No. 1.072.189.255 DE SIBATÉ

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como profesional en PSICOLOGÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10588

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YEFERSON FABIAN GARZON RAMIREZ		
NIT o C.C.	1072189255 6	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CALLE 7A Nº 19 03	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Silvania	6598565	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072189255	YEFERSON FABIAN GARZON RAMIREZ	Carrera 5 8a 82	8995659	ygfabian@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89378018	$527.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	227.200	0		0		0	0	0	0	227.200	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	290.800	0	0	0	0	0	0		290.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	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	227.200	227.200
Pensión	1	290.800	290.800
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.500	527.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072189255	YEFERSON FABIAN GARZON RAMIREZ		Carrera 5 8a 82	8995659	ygfabian@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	01/09/2025	89378018	$527.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	1072189255	GARZON RAMIREZ YEFERSON FABIAN	57	0			N																	230201	1.817.000	290.800	0	0	0	0	EPS017	1.817.000	227.200	14-23	1.817.000	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 8

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

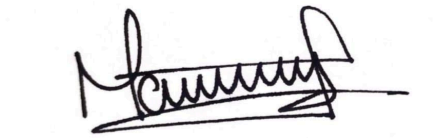
MARTHA YURANI DIAZ GUTIERREZ

C.C. No. 39.628.808 DE FUSAGASUGÁ

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como profesional en GERONTOLOGÍA en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



MARTHA YURANI DIAZ GUTIERREZ
C.C 39.628.808 DE FUSAGASUGÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10589

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARTHA YURANI DIAZ		
NIT o C.C.	39628808	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CRA 45-168-02	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN GERONTOLOGIA CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-01, 07:29:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074503184

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822858842

PAGADO 01/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA YURANI DIAZ GUTIERREZ		
Documento	CC39628808	**Dirección**	CL 19 #11 A - 36 QUINTAS BALMORAL
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115962084
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 39628808	MARTHA YURANI DIAZ GUTIERREZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.817.000	$ 290.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.817.000	$ 227.200	0,522	$ 1.817.000	$ 9.500	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.817.000	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 563.900

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
$ 1.817.000	$ 1.817.000	$ 1.817.000	$ 1.817.000	$ 290.800	$ 227.200	$ 9.500	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 563.900	$ 0	$ 563.900

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, 31 DE AGOSTO DE 2025

CUENTA DE COBRO N. 2

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

NATALIA WILCHES CHACON

C.C. No. 52.737.528 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE ($4.541.836)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como profesional en ARTES en el convenio 9665 de 2024 con la Secretaría de Integración Social “centro de comunidad de cuidado”. En el periodo comprendido desde el (01 de AGOSTO del 2025 al 31 de AGOSTO DE 2025).

Cordialmente,



NATALIA WILCHES CHACON

C.C 52.737.528 DE BOGOTÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

10587

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
NATALIA WILCHES CHACON		
NIT o C.C.	52737528	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764086797980 que habilita desde DSEL8240 hasta DSEL100000. Vence 07-01-2026
DIRECCION	CALLE 13 SUR N 08-06 APT 206	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2025	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ARTES CONVENIO 9665 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO LA FORTUNA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.836

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.836**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.962**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-01, 11:46:27 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1074573656

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 8823343594

PAGADA 30/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NATALIA WILCHES CHACON		
Documento	CC52737528	Dirección	CL 13 SUR #8 - 06 AP 206
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3014133708
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días	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 52737528	NATALIA WILCHES CHACON	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1,816,735	$290,700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,816,735	$227,100	0.522	$1,816,735	$9,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$527,300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,816,735	$1,816,735	$1,816,735	$0	$290,700	$227,100	$9,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$527,300	$0	$527,300