

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA

NIT 900689410-9
Dirección: CL 63 SUR 78 H 43
BOGOTÁ, D.C., Colombia
Correo: INFOFACTURANET@GMAIL.COM
Teléfono: 3173641784
NO SOMOS AUTORRETENEDORES

Factura Electrónica de Venta
FEV-119

Emisión: 29/10/2025 10:38:23
Expedición: 31/12/1969 19:00:00
Vencimiento: 29/10/2025
Tipo factura: Estandar

Resolución y/o Autorización de facturación No 18764082490964 - Período 30/10/2024 - 30/10/2025 del FEV 64 al FEV 500

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Documento: NIT
Número de Documento: 899999710 - 0
Razón social: MUNICIPIO DE CAPARRAPI
Dirección: contador@hotmail.com, CAPARRAPÍ, Colombia
Teléfono: 3655525
Email: contador@hotmail.co

CONDICIONES

Vendedor: HENRY ANTONIO PEÑALOZA GUERRA
Pedido: N/A
Forma de pago: CONTADO
TRANSFERENCIA DEBITO BANCARIA

#	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNIT.	DESC.	IMP	TOTAL
1		FACTURA01_ PROYECTO: OPERACION DEL PROGRAMA CENTRO DE BIENESTAR VILLA JORDANIA MUNICIPIO DE CAPARRAPI DEL CONVENIO MC-031-2025	1	Unidad	15.366.759,00	0,00		15.366.759,00

DEL 1 AL 13 DE SEPTIEMBRE

Total de Items:	1
Divisa:	COP
Subtotal:	15.366.759,00
IVA:	0,00
Ajuste al peso:	0,00
Total a Pagar:	**15.366.759,00**

Son: **QUINCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS MCTE**

CUFE: **9e8d11e886afa2e89f2c0bfd31f72a2289637cfe10b9489238214714c01a4c60ea69203bf460d9cff194c5d1c5ad0f52**

Por medio de la presente factura, el aceptante comprador declarara que ha recibido real y materialmente los productos y/o servicios en ella descritos y se obliga a pagar el valor total del presente documento en la forma y en el lugar pactado en moneda legal colombiana a la orden de FUNDACION EMPRENDA Y VIVA, esta factura se asimila para todos sus efectos legales a la letra de cambio según el artículo 774 del Código del Comercio. Toda mora en el pago causara un interés de acuerdo a la ley.

Favor consignar a la cuenta ahorros No. 22102333555 del Bancolombia

Proveedor Tecnológico: Dataico S.A.S. Nit: 901.223.648-8 Nombre del Software: DATAICO

Fecha de este
Monto de suspension

	EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA (FUNDACION EMPRENDA Y VIVA) NIT G00.68G.410-G

CERTIFICA QUE:

El consolidado de los pagos correspondientes del 01 de septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025, en el marco del convenio MC-031- 2025, se relaciona a continuación:

N°	Concepto	Tercero (si aplica)	Valor
1	Auxiliar de enfermería	Ruth Palacios Torres	$ 953.334
	Auxiliar de enfermería	Yerly Alexandra Mendoza Calvo	$ 953.334
	Auxiliar de enfermería	Yeimi Ladino	$ 953.334
	Servicios generales, alimentacion y cuidado	Maria Vargas	$ 910.000
	Servicios generales, alimentacion y cuidado	Dania Ortiz Mancera	$ 910.000
	Auxiliar de servicios generales, alimentacion y cuidado	Martha Muriel	$ 910.000
	Auxiliar de cocina	Yisenia Vega	$ 910.000
	Auxiliar de programas y proyectos	Tatiana Medina Hernandez	$ 910.000
	Aux administrativo	Geraldine Farfan Lazard	$ 910.000
	Coordinador	Carlos Ronaldo Calvo Tovar	$ 1.412.667
2	Alimentos 5 tiempos	Paula Gissela Rojas Castro	$ 1.634.500
		Gustavo Garcia Real	$ 1.200.000
		Francy Yasmi Vega	$ 1.030.800
5	Elementos de bioseguridad y elementos medicos	Luis Alejandro Gaitan	$ 278.500
6	Servicios Públicos	Gas (Nelson Rubio)	$ 240.000
		Agua y aseo	
		Internet Melcon	$ 59.900
		Luz	
7	Imprevistos acompañamiento a pacientes	Marcela Camelo (Facatativa)	$ 484.900
		Luis Ruiz	$ 280.000
8	Elementos de aseo y lavanderia	Kevin Ramos	$ 70.000
9	Funeraria	Exequias Jerusalen SAS	$ 355.490
	Total		$ 15.366.759

Dada en Soacha a los veinticuatro (24) dias del mes de octubre de 2025

Cordialmente,

YULIANA VANESSA FRANCO
REVISORA FISCAL

Certificado
Bancario

Martes, 30 de septiembre de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FUNDACION EMPRENDA Y VIVA identificado(a) con NIT 900689410, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	22102333555	2019/10/21	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047833872

(415)7707212489984(8020) 000014104783387 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 8 9 4 1 0	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FUNDACION EMPRENDA Y VIVA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal
CL 15 A 11 A 26

42. Correo electrónico fundacionemprenda.viva@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 1 2 3 5 4 3 2 2 7	3 1 2 5 2 3 1 7 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 1 4 0 1 0 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 14 16 42 52 55

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 06 - 20 / 16 : 28: 44

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PEÑALOZA GUERRA HENRY ANTONIO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Emprenda Y Viva
NIT. 900.689.410-9

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

Yo, **HENRY ANTONIO PEÑALOZA GUERRA** identificada con cedula de ciudadanía número 79.182.360 expedida en Sibaté Cundinamarca, en mi condición de representante legal de la empresa **FUNDACION EMPRENDA Y VIVA** CON NIT **900.689.410-9** debidamente registrada en cámara de comercio de Bogotá, quien declaro bajo gravedad de juramento, que la Empresa ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales y con los pagos parafiscales correspondientes a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo por lo que declaro se me encuentro a paz y salvo con las empresas promotoras de salud E.P.S, , Fondo de pensiones , administradora de riesgos profesionales y cajas de c compensación familiar . Instituto de Bienestar familiar y servicio de aprendizaje SENA, durante los últimos (6) seis meses

La presente certificación se expide a los (30) días del mes de septiembre de 2025.

HENRY ANTONIO PEÑALOZA GUERRA
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9

YULIANA VANESSA PEREZ FRANCO
C.C 1.093.225.726
TP 250744-T
REVISOR FISCAL
FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



250744-T

YULIANA VANESSA
PEREZ FRANCO
C.C. 1083225725
RES. INSCRIPCION 1030 DEL 28/11/2018
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

250610 279034

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradeceremos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. (57)(1) 6244430 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **YULIANA VANESSA PEREZ FRANCO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1093225726 de SANTA ROSA DE CABAL (RISARALDA) Y Tarjeta Profesional No 250744-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.182.360
PEÑALOZA GUERRA
APELLIDOS
HENRY ANTONIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1967
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
28-NOV-1986 SIBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1523800-00163970-M-0079182360-20090723 0021375B598A 2 20570216

NIT. 900.689.410.-9

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN – HOGAR DEL ABUELO VILLA JORDANIA

De conformidad con el Contrato MC – 03 - 2025 la Fundación Emprenda y Viva se permite entregar el siguiente informe de gestión mensual:

Fecha de expedición del informe:	29 de Octubre del 2025
Periodo que comprende el informe:	Desde el 1 de Septiembre al 13 de Septiembre del 2025
Nombre o Razón Social del Contratista:	FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
Identificación del Contratista:	900.869.410-9
Nombre Supervisor:	Sandra Milena Rojas Hernández
Cargo Supervisor:	Secretaria de Desarrollo Social
Fecha de Suscripción del Contrato:	12 de agosto del 2025
Fecha del Acta de Inicio:	14 de agosto del 2025
Fecha de Terminación:	13 de septiembre del 2025
Plazo de ejecución:	Un (01) mes
Estado Actual del Contrato:	En Ejecución: [ ] Finalizado: [X]
Objeto del Contrato:	Prestación de servicios técnicos, humanos y administrativos, para la atención al adulto mayor brindando cobertura en áreas de desarrollo de la persona, garantizando la calidad de vida de la comunidad, supliendo las necesidades básicas de alimentación, recreación, aprovechamiento del tiempo libre, salud y vivienda en el hogar villa Jordania del municipio de Caparrapi.

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES SEGÚN EL CONVENIO

Nº	COMPROMISOS	Actividad Realizada	Soporte
1	Atender de forma gratuita a las personas mayores más vulnerables, a través de los cuales se garantiza el hospedaje, soporte nutricional, actividades recreativas y culturales, servicios de enfermería, atención psicosocial, trabajo social, fisioterapia, nutrición y los demás servicios mínimos.	Desde el 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025, se brindó atención gratuita para cada uno de los 29 adultos mayores que se tienen al cuidado en el hogar del abuelo Villa Jordania del municipio de Caparrapí, prestando los siguientes servicios: Nota: durante el presente informe se socializa la institucionalización de 29 adultos mayores.	**Anexo 01** (Camas y dormitorios)

		- Se garantizó hospedaje gratuito para los 29 adultos mayores institucionalizados en el Centro de protección Villa Jordania, en donde se verificó diariamente las condiciones habitacionales de cada uno, incluyendo cama, colchón, y cobijas, siempre en excelentes condiciones de aseo e higiene. - Se realizaron actividades dirigidas a la estimulación por medio del fortalecimiento cognitivo, psicomotriz, además de brindar espacios de interacción social y cultura religiosa, según creencias. Para esta última, se realizó asistencia a los adultos mayores que asisten a cultos fuera del hogar según solicitud de los mismos, como es el caso del usuario Vicente Guerrero. Se realizaron actividades de puntería, estiramiento, motricidad fina, entre otras. Para cada una de estas, se tuvo en cuenta las dificultades físicas de cada uno de los adultos mayores que se encuentran en el hogar. - Se realizó encuentro grupal con todos los usuarios del centro de protección con motivo de celebración de cumpleaños de los festejados del mes de Septiembre , en donde se compartió y se agradeció por un año más de vida de cada uno de los festejados.	**Anexo 02** (actividades lúdico-recreativas) **Anexo 03** (celebraciónes)
2	Realizar el pago de los implementos de aseo, servicios	Durante el 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025, se dio	

	públicos, medicamentos y demás elementos para satisfacer las necesidades de los adultos mayores del HOGAR VILLA JORDANIA. Así como también administrar, y contratar, pagar y liquidar el personal necesario para el desarrollo de labores y actividades para el buen funcionamiento, garantizando la idoneidad del personal que ejerce las funciones de las necesidades mínimas de los beneficiarios para que estos tengan un trato digno.	cumplimiento en la prestación de los diferentes servicios que requiere el hogar del abuelo Villa Jordania para el adecuado funcionamiento del mismo, así: **Servicios Públicos:** - Servicio de gas, con el operador Gas país, un cilindro de 100 libras con un valor de $ 240.000. - Servicio de Internet $59.900 **Aseo** Se realizó el suministro de implementos de aseo y desinfección de las instalaciones del hogar (guantes de latex, clorox, vinagre industrial, aromatizante) así como los elementos de aseo para la ropa, cobija y similares), dando de esta forma un efectivo cumplimiento a lo descrito en el plan de saneamiento asignado para Villa Jordania. Se suministraron implementos de aseo personal para los 29 adultos mayores, tales como cepillo dental, cuchillas para afeitar, papel higiénico, jabón, shampoo. **Medicamentos** Se realizó la gestión ante la IPS correspondiente para la entrega de los medicamentos requeridos por cada uno de los adultos mayores. Sin embargo, en varios casos no fue posible obtener la totalidad de los medicamentos por parte de la EPS, debido a diferentes situaciones tales como: desabastecimiento temporal en las farmacias contratadas, demoras en los procesos administrativos y de autorización, retrasos logísticos por parte de los	**Verificar cuentas de cobro y pagos en el balance financiero.** **Verificar cuenta de cobro de elementos de aseo y desinfección relacionadas en balance financiero.** **Anexo 4 (** Suministro de medicamentos e insumos)

		proveedores, y el hecho de que algunos medicamentos no se encuentran incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud . Adicionalmente, cabe mencionar que algunas de las solicitudes de medicamentos se han realizado a través de los canales de PQRS, con el fin de gestionar y dar seguimiento a los casos en los que la EPS no ha cumplido con la entrega oportuna de los fármacos. A pesar de dichas gestiones, en varios casos no se ha obtenido una respuesta favorable o se ha presentado demora en la atención de los requerimientos. Ante esta situación, la fundación ha asumido la compra de los medicamentos no suministrados por la EPS, así como la adquisición de los elementos médicos necesarios para garantizar la atención continua, segura y de calidad a los adultos mayores. Estos insumos se han utilizado para la curación de heridas, la administración de tratamientos y otros procedimientos básicos de atención primaria en salud, de acuerdo con las necesidades informadas por las auxiliares de enfermería que prestan sus servicios en el hogar. Entre los medicamentos e insumos médicos adquiridos por la fundación se encuentran: • Acetaminofén • Nitrofurazona • Valsartán + Hidroclorotiazida • Betametasona • Sondas • Bolsas recolectoras	**Anexo 05** (turnos de auxiliares de enfermería) **Anexo 06** (turnos de aux cocina) **Anexo 07** (turnos de aux servicios generales) **Anexo 08** (turnos de aux de programas y proyectos)

		• Crema antipañalitis • Guantes de nitrilo • Bisacodilo • Entre otros requeridos durante el presente periodo. **Colaboradores** Se realizó la contratación por prestación de servicios del talento humano necesario y pactado dentro del convenio establecido, el cual está conformado por: - Tres auxiliares de enfermería, con turnos rotativos de 24x48 - Dos auxiliares de cocina de tiempo completo (con turnos rotativos de 8h) - Dos auxiliares de aseo y servicios generales de tiempo completo (8 horas) - Un auxiliar de programas y proyectos de tiempo completo (8 horas) - Un auxiliar administrativo de tiempo completo (8 horas) - Un coordinador profesional social de tiempo completo (8 horas). A los anteriores, se les realizo el pago correspondiente a los días trabajados del 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes, esto también, con la verificación de los aportes a la seguridad social de cada uno de los contratistas. Igualmente se realizó una verificación por parte del personal encargado (Coordinador), de que se brindara un trato amable y digno para cada uno de los adultos mayores que residen en el centro de protección.	
3	Prestar el servicio de alimentación realizando las siguientes acciones; Elaboración de minutas nutricionales, creadas especialmente para la población; Acompañamiento en buenas prácticas de	Durante el 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes, se garantizó el cumplimiento de la obligación 3, a través de las siguientes acciones: - Se garantizó el servicio de alimentación para los 29 adultos mayores, teniendo en cuenta la minuta establecida	**Anexo 09** (reporte de alimentación)

	manufactura a servicio de alimentación; Entrega de alimentación que asegure la ingesta proteico-calórica de la población beneficiaria; Informe de tamizaje nutricional.	por el área de nutrición de la fundación EMPRENDA Y VIVA. La alimentación se encuentra dividida en 5 tiempos, desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, y cena, dando pleno cumplimiento a los micro y macronutrientes que los adultos mayores requieren para una sana alimentación. Así mismo, se suministraron los víveres y alimentos necesarios para dar cumplimiento a cada uno de los cinco tiempos de alimentación mencionados, proveyendo insumos de panadería, carnicería, Fruver y abarrotes.	***Verificar cuentas de cobro para el suministro de la alimentación.***
4	Prestar los servicios de salud desarrollando las siguientes acciones: 4.1 Garantizar todos los días 24/7 los servicios de auxiliares de enfermería y cuidado de todos los adultos mayores del centro de protección hogar villa Jordania. 4.2. Tamizaje nutricional y patologías relacionadas con malnutrición 4.3. Acompañamiento en garantía del derecho a la salud 4.4. Articulación con entidades territoriales y actores de la SSS 4.5. Inspección y verificación de botiquín y extintores con los que cuente el Centro. 4.6. Desarrollo de actividades de estimulación física o cognitiva. 4.7. Toma de signos vitales, control y administración de medicamentos. 4.8. Acompañamiento a atenciones médicas por emergencia fuera del municipio de acuerdo con	Durante el 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025, se dio cumplimiento a través de las siguientes acciones: 1. **Las auxiliares de enfermería realizaron acciones en pro del cuidado de los 29 adultos mayores:** Diariamente tomaron a cada protegido los signos vitales, se administraron medicamentos según la prescripción médica, realizaron curación de heridas de acuerdo con sus necesidades y patologías, para este periodo realizaron: 2. **Curaciones:** • Aristóbulo Camacho: curación diaria por ulcera varicosa y tratamiento por dificultad respiratoria. • Isauro Bohórquez: curación por hongos en extremidades inferiores.	***Las evidencias de la administración de medicamentos, curaciones, toma de signos, reposan en la historia clínica de cada una de las personas mayores.***

	Disponibilidad de personal y recursos.Prestar los servicios de salud desarrollando las siguientes acciones: 4.1 Garantizar todos los días 24/7 los servicios de auxiliares de enfermería y cuidado de todos los adultos mayores del centro de protección hogar villa Jordania. 4.2. Acompañamiento en garantía del derecho a la salud 4.3. Articulación con entidades territoriales y actores de la SSS 4.4. Inspección y verificación de botiquín y extintores con los que cuente el Centro. 4.5. Desarrollo de actividades de estimulación física o cognitiva. 4.6. Toma de signos vitales, control y administración de medicamentos. 4.7. Acompañamiento a atenciones médicas por emergencia fuera del municipio de acuerdo con Disponibilidad de personal y recursos.	• Jesús González: atención prioritaria en ataques por causa de párkinson. • Jhon Quevedo: Movilidad diaria como forma de prevención de espasmos **3. Cuidados y atenciones:** • Luis Muñoz, Aristóbulo Camacho, Juan Medina, Aristóbulo Camacho, Jacinto Martínez, Susana Montero, Isauro Bohórquez y Miguel Camelo: Asistencia diaria con inhaladores, oxígeno y otros requerimientos por dificultad respiratoria • Agustín Castro, Uldarico García, Graciela Aguirre, Salomón Gamboa, Teodoro García, Betsabé Bernal, Paulina Vanegas: cambio de pañal y otros cuidados de higiene. • Cambio de sonda vesical cada 20 días al adulto mayor Juan Medina. • Demas requerimientos según la necesidad que tengan los adultos mayores. **4. Acompañamiento a citas medicas.** **Medicina general:** Graciela Aguirre, Ramiro Bravo, Agustin Castro, Aristobulo Camacho, Luis Muñoz, Teodoro Garcia, Juan Medina, Salomon Gamboa, Vicente Guerrero. 5. Se gestionaron citas médicas desde la parte administrativa y posterior se les brindo acompañamiento a: **Laboratorios:** Uribe Montero, Juan Medina, Jose Miguel Camelo.	***Las evidencias correspondientes al acompañamiento de las citas y las urgencias en este mes, se pueden verificar en la historia clínica de cada persona mayor que reposa en el archivo del HAVJ.***

		6. **Acompañamiento a citas medicas fuera del municipio:** Se realizó acompañamiento, y se brindó servicio de transporte hasta el municipio de Guaduas con motivo de citas medicas para los adultos mayores: Vicente Guerrero, Eufrasio Hernández, Luis Muñoz, Juan Medina, Aristóbulo Camacho, y Gustavo Mejía. 7. **Acompañamientos por fuera del municipio Urgencias** - Ernesto Barajas remitido desde Caparrapi para el hospital San Rafael de Facatativa 3 de agosto hasta el 13 de Septiembre.	
5	Garantizar el servicio de cuidado y aseo realizando las siguientes acciones: 5.1.Acompañamiento en actividades básicas de la vida diaria. 5.2.Aseo y desinfección de instalaciones e infraestructura. 5.3.Servicio de lavandería. 5.4.Acompañamiento momentos de alimentación.	Durante el 1 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025 se realizó el cumplimiento de esta obligación por medio de las siguientes acciones: 1. Las auxiliares de enfermería apoyaron el baño diario de las personas mayores, así como el acompañamiento de las actividades diarias, y autocuidado tales como alistamiento de prendas de vestir, rasurado de barba, lavado de manos, peinado, arreglo de uñas, higiene bucal, vestido, paladeo y cuchareo a quienes por su condición lo necesiten, y otras en cada uno de los turnos, así como acciones matutinas, diarias, vespertinas y nocturnas (colocación de pijamas, verificación de la temperatura en la habitación, 4 rondas nocturnas, verificación del estado de salud de las personas mayores).	**Anexo 10** (Cuidado y aseo personal)

		Las rondas realizadas en la noche son: 10:00 pm 12:00m 2:00am 4:00am 2. Diariamente se realizó aseo y desinfección de las instalaciones de Villa Jordania (baños, habitaciones, pasillos, capilla, zonas comunes, enfermería), así mismo se realizó lavado de ropa y tendidos diariamente, realizando cambio de sabanas, fundas y tendidos (semanal o diario), toallas, vestuario de las personas mayores y calzado. Lo anterior se realiza con insumos tales como detergente líquido y suavizante para ropa, clorox y vinagre industrial como agentes desinfectantes, y aromatizante para todas las zonas del hogar, estos insumos se suministraron al hogar durante el periodo en mención. 3. Por parte de las auxiliares de enfermería también se presta el servicio de cuidado en la ingesta alimenticia, especialmente de los adultos mayores que tienen una mayor dificultad por las condiciones físicas que tiene o por inherentes a las patologías, tales como: Jesús González, Graciela Aguirre, Pedro Pablo Sánchez, Agustín Castro, Paula Vanegas. 4. Se Realizó acompañamiento diario al señor Jesús González para movilidad en los estados provocados por el Parkinson del cual padece. En este, se realiza estiramiento y tensión en las zonas afectadas.	**Anexo 11** (Instalaciones del HAVJ)
6	Reportar las novedades que se presenten y que afecten la estabilidad y el buen	Para este periodo no se presentaron novedades, que afecten el buen funcionamiento del hogar.	**No aplica**

	funcionamiento del Hogar Villa Jordania.		
7	Priorizar la prestación del servicio a la población adulto mayor que no cuenten con familiares ni la capacidad de auto sostenimiento.	Para este periodo no se presentaron novedades, en ingresos de adultos mayores.	**No aplica**
8	Cumplir con las especificaciones técnicas descritas en el numeral 3.2. de los estudios previos.	Durante el periodo reportado, se cumplió con cada una de las especificaciones técnicas descritas en los estudios previos, cumpliendo a cabalidad con las obligaciones allí descritas.	**Anexo 12** (lista de chequeo firmada por la supervisora)

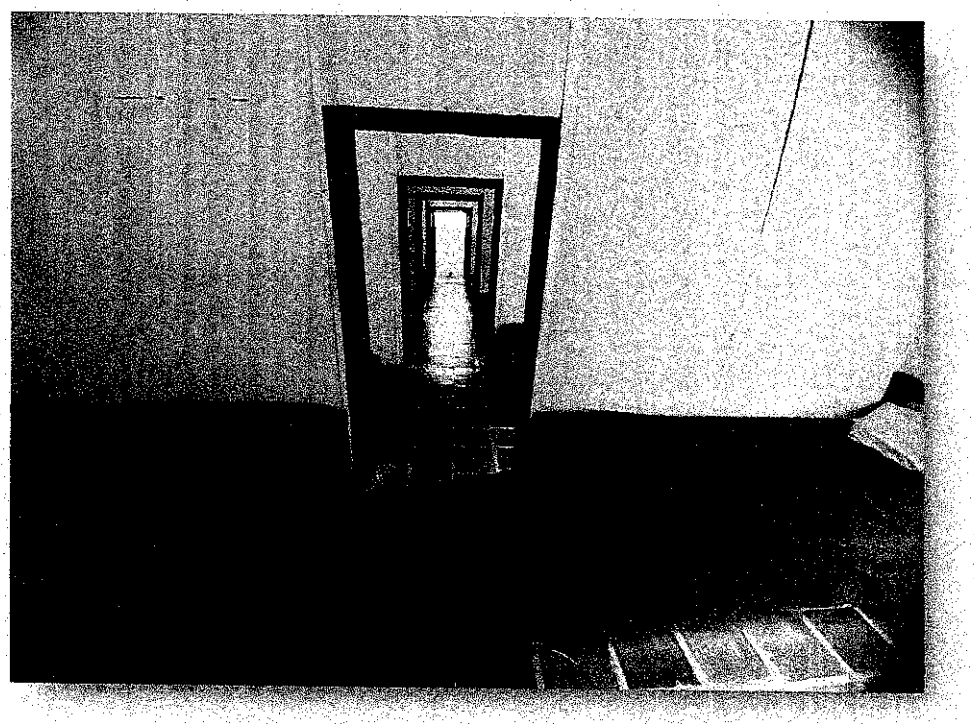
El presente informe se firma al veinticuatro (24) día del mes de Octubre del 2025.

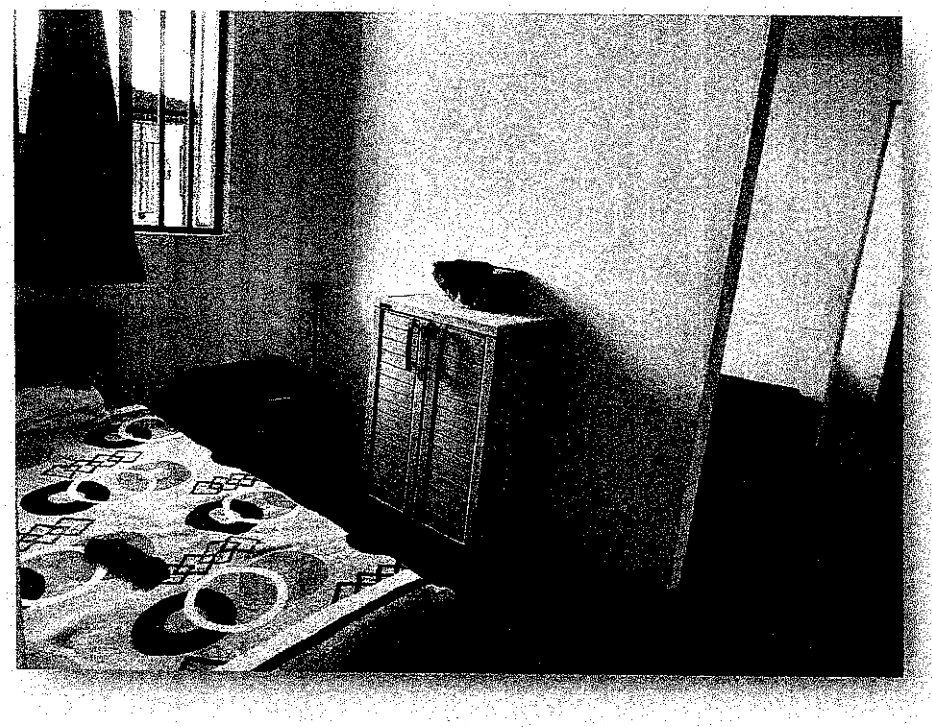


Henry Antonio Peñaloza
Represéntate Legal Fundación Emprenda y Viva

ANEXO 1





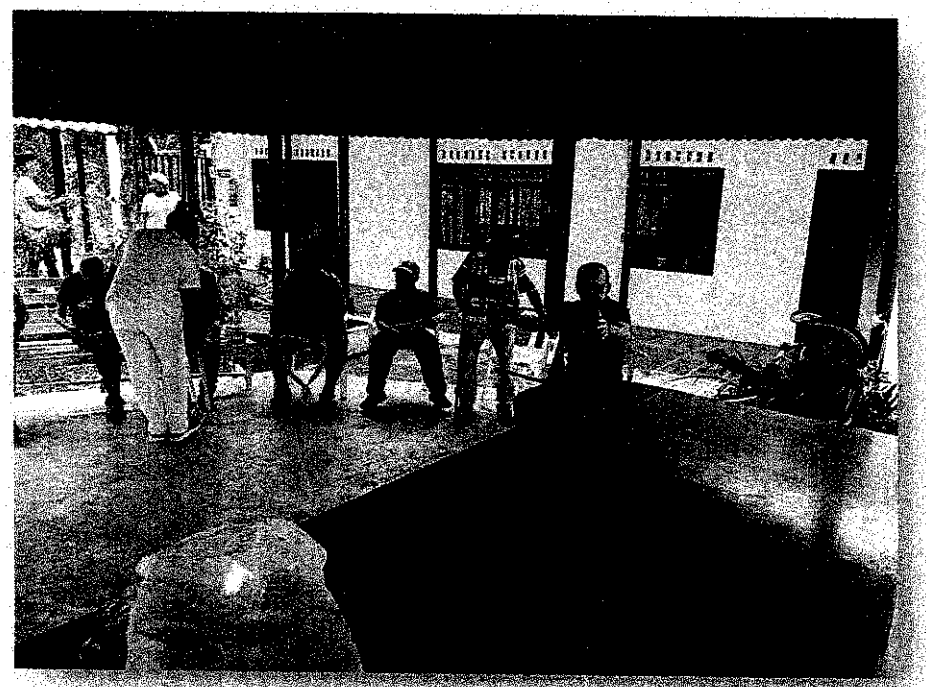




ANEXO 2













ANEXO 3











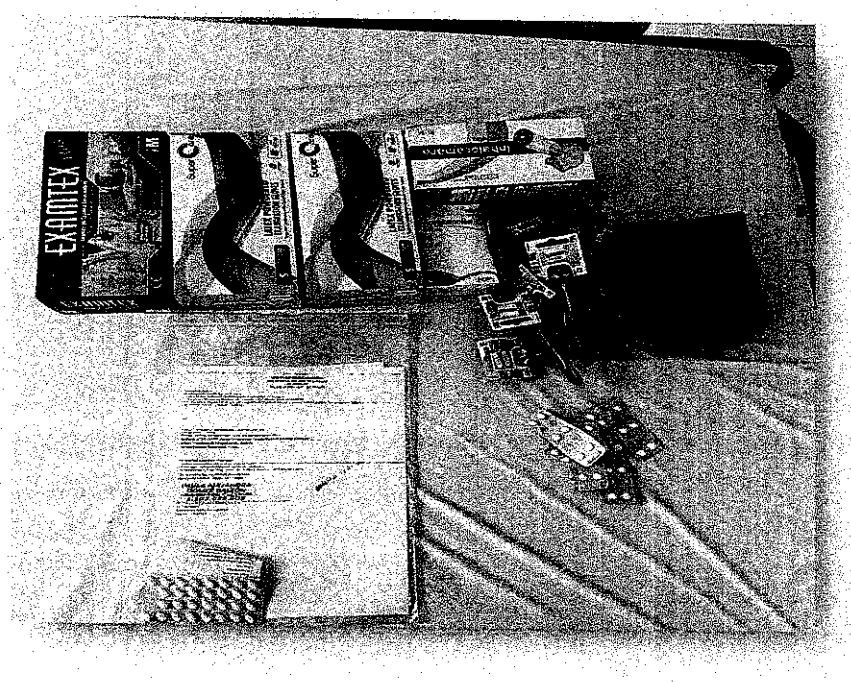






ANEXO 4 - Suministro medicamentos e insumos





ANEXO 5

Turnos de Enfermería

Caparrapí Cundinamarca

Hogar de los Abuelos Villa Jordania

Cuadro de Turnos Aux Enfermería

Del 1 al 13 de Septiembre del 2025

		J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Responsable													
	Ruth Palacios	L	L	C	L	L	C	L	L	C	L	L	C
	Yeimi Ladino	L	C	L	L	C	L	L	C	L	L	C	L

Noche - N
Completo - C
Libre /descanso - L

ANEXO 6

Turnos Aux de Cocina

Caparrapí Cundinamarca

Hogar de los Abuelos Villa Jordania

Turnos Cocina

1 al 13 de Septiembre del 2025

Semana 1

	Día	D	L	M	M	J	V	S
	Fecha				1	2	3	4
Responsable	Dania Ortiz				06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	DESCANSO
Responsable	Martha Muriel				6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm

Semana 2

	Día	D	L	M	M	J	V	S
	Fecha	5	6	7	8	9	10	11
Responsable	Martha Muriel	DESCANSO	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	DESCANSO
Responsable	Dania Ortiz	6:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm

Semana 3

	Día	D	L	M	M	J	V	S
	Fecha	12	13					
Responsable	Dania Ortiz	DESCANSO	06:00am-03:00pm					
Responsable	Martha Muriel	6:00am - 06:00pm	9:00am - 06:00pm					

ANEXO 7

Turnos Aux Servicios Generales

Caparrapí Cundinamarca

Hogar de los Abuelos Villa Jordania

Servicios Generales

1 al 13 de Septiembre del 2025

Semana 1

Día					M	J	V	S
Fecha					1	2	3	4
Responsable	Yisenia Vega				06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	DESCANSO
	Maria Vargas				6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm

Semana 2

Día		D	L	M	M	J	V	S
Fecha		5	6	7	8	9	10	11
Responsable	Yisenia Vega	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm
	Maria Vargas	DESCANSO	DESCANSO	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm

Semana 3

Día		D	L	M	M	J	V	S
Fecha		12	13					
Responsable	Yisenia Vega	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm					
	Maria Vargas	DESCANSO	DESCANSO					

ANEXO 8

Auxiliar de Programas y Proyectos Y Auxiliar Administrativo

Caparrapí Cundinamarca

Hogar de los Abuelos Villa Jordania

Aux Programas y Proyectos

1 al 13 Septiembre de 2025

Semana 1

Día					M	J	V	S
Fecha					1	2	3	4
Responsable	Geraldine Farfan				06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	DESCANSO
	Tatiana Medina				6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm	6:00am - 06:00pm

Semana 2

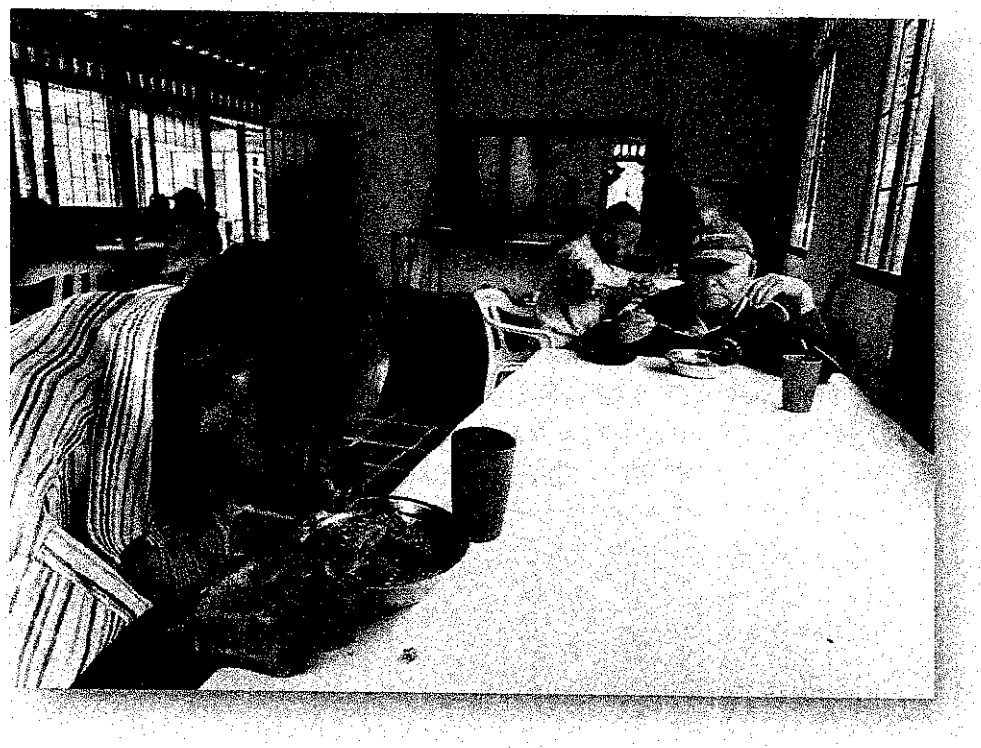
Día		D	L	M	M	J	V	S
Fecha		5	6	7	8	9	10	11
Responsable	Geraldine Farfan	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm
	Tatiana Medina	DESCANSO	DESCANSO	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm	09:00am-06:00pm

Semana 3

Día		D	L					
Fecha		12	13					
Responsable	Geraldine Farfan	06:00am-03:00pm	06:00am-03:00pm					
	Tatiana Medina	DESCANSO	DESCANSO					

ANEXO 9





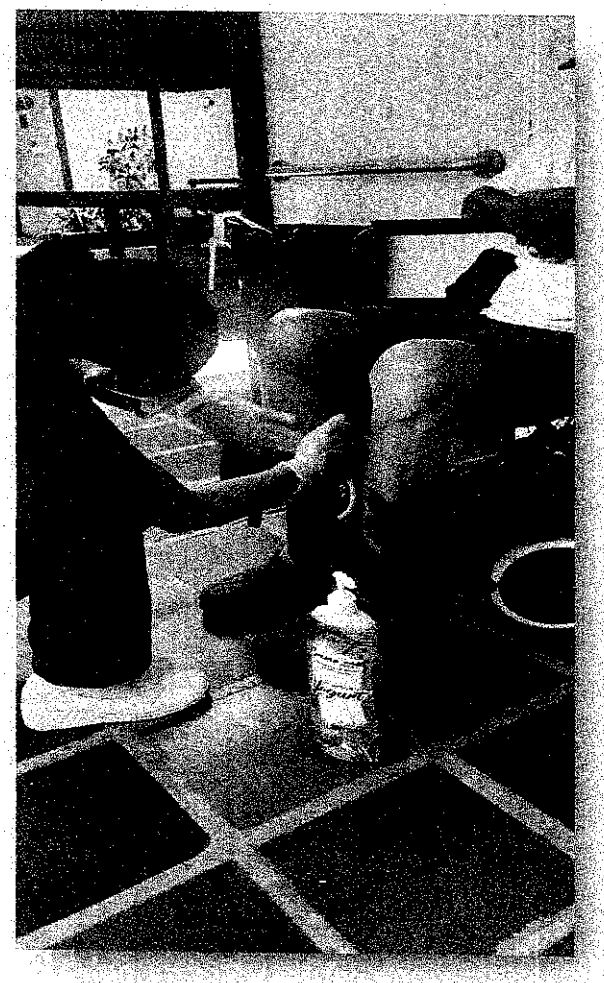




Anexo 10







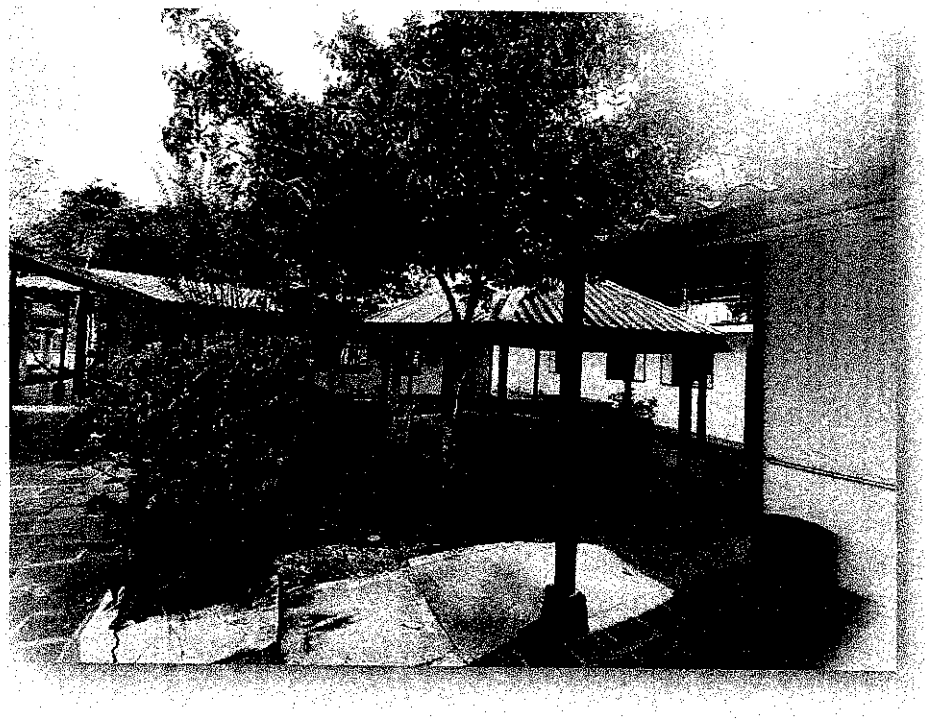


ANEXO 11









TALENTO HUMANO

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Ruth Andrea Palacios Torres**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 20.429.325** de Caparrapí Cundinamarca. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 953.334) NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/C.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 953.334
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 953.334

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

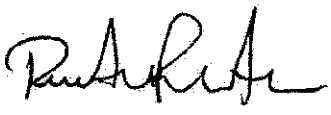
OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el día 01 de septiembre de 2025 hasta el día 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Ruth Andrea Palacios Torres
CC No 20429325 de Caparrapí
DIRECCION : Barrio las villas
TELEFONO: 310 3842822

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 20429325		PALACIOS TORRES RUTH ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Las villas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103842822	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	1764648490	9490656738	1	2025/09/05	2025/09/09	NEQUI	4	$441,700

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	20429325	PALACIOS TORRES RUTH ANDREA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$600	$0	$228,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$600	$0	$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$500	$0	$178,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$500	$0	$178,500
TOTAL				1	$440,500	$1,200	$0	$441,700

2025/09/11 06:00 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Yerly Alexandra Calvo**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1,071,578,201** de Caparrapí. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 953.334) NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/C.
POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 953.334
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 953.334

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

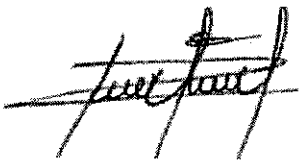
OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 de septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Yerly Alexandra Calvo
CC No 1,071,578,201
DIRECCION : Cra 4 #11a-30
TELEFONO: 322 709 7047

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1071578201		MENDOZA CALVO YERLY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 4 #11a-28	CAPARRAPI-CUNDINAMARCA	3217307407	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	1766748962	9490412942	I	2025/09/02	2025/09/10	NEQUI	8	$442,800

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1071578201	MENDOZA CALVO YERLY ALEXANDRA	Z30301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
PORVENIR	Z30301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$440,500	$2,300	$0	$442,800

2025/09/11 05:56 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Yeimi Ladino Mayorga**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1032369810** de Bogotá. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 953.334) NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/C
POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 953.334
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 953.334

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

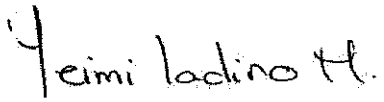
OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 de septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Yeimi Ladino Mayorga
CC No 1.032.369.810
DIRECCION : Cra 3 #5-23
TELEFONO: 310 742 8766

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1032369810		LADINO MAYORGA YEIMI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3 5-23	CAPARRAPI-CUNDINAMARCA	3107428766	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	1000000337	9490514138	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	8	$442,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1032369810	LADINO MAYORGA YEIMI	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$440,500	$2,300	$0	$442,800

2025/09/11 05:56 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____ Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Vargas Caro Maria Alejandra**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1.057.185.379** de Bogotá. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA Con N.I.T. 900.689.410-9 me debe la suma de ($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CE.

—

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.

NOMBRE: Maria Alejandra Vargas
CC No 1.057.185.379
DIRECCION : Barrio las Villas
TELEFONO: 3105722990

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1057185379		YARGAS CARO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 83SUR 91-48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1742154825	94897823B7	I	2025/09/17	2025/09/01	BANCOLOMBIA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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	$34,700		$0	$0
1	CC 1057185379	YARGAS MARIA 231001		30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/09/01 08:38 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 1057185379		VARGAS CARO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 83SUR 91-48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1742154825	9489782387	I	2025/09/17	2025/09/01	BANCOLOMBIA	0	$440,500

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
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	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/01 08:38 AM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Dania Mayerly Ortiz Mancera**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1.007.376.844** de La Dorada. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA Con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/C.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el día 01 de Septiembre de 2025 hasta el día 13 de Septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Dania Mayerly Ortiz Mancera
CC No . 1.007.376.844
DIRECCION : Barrio el municipio (s/n)
TELEFONO: 312 443 1325

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1007376844		ORTIZ MANCERA DANIA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio la lomita	CAPARRAPI-CUNDINAMARCA	5555555	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	25443920	9489501172	I	2025/09/10	2025/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1007376844	ORTIZ MANCERA DANIA MAYERLY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$31,700		$0	$0

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	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/11 05:59 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Martha Inés Muriel Lozano**, identificada con la Cédula de Ciudadanía **No. 26.367.145** de Bahía Solano (Choco). Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de **($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/C.**

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por:	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el día 01 de sepiembre de 2025 hasta el día 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.

Martha Ines Muriel

NOMBRE: Martha Inés Muriel Lozano
CC No 26,367,145 Bahía Solano
DIRECCION : Barrio las Ferias
TELEFONO: 3208783765

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 26367145		MURIEL LOZANO MARTA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio las ferias	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3222077854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1764775479	94B9499762	I	2025/09/10	2025/09/09	NEQUI	0	$440,500

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	26367145	MURIEL LOZANO MARTA INES	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/11 06:03 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 de septiembre del 2025

Yo, **Yuli Yessenia Vega Anzola**, identificada con la Cédula de Ciudadanía **No. 1.071.578.648** de Caparrapí. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/C.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por:	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el día 01 de septiembre de 2025 hasta el día 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.

Yuli Yisenia Vega

NOMBRE: Yuli Yisenia Vega Anzola
CC No 1,071,578,648 de Caparrapí
DIRECCION : Barrio el municipio
TELEFONO: 320 998 2924

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1071578648		VEGA ANZOLA YULY YESSENIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO BEJARANO	CAPARRAPI-CUNDINAMARCA	3209982924	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	1764630523	9489491957	I	2025/09/10	2025/09/09	NEQUI	0	$440,500

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1071578648	VEGA ANZOLA YULY YISENIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
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	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/12 12:23 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Lizeth Tatiana Medina Hernandez**, identificada con la Cédula de Ciudadanía **No. 1073718457** de Soacha Cund. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/C.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 de septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Lizeth Tatiana Medina Hernandez
CC No 1.073.718.457 de Soacha Cund
DIRECCION : Vereda Unión las Pilas
TELEFONO: 322 222 4249

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1073718457		MEDINA HERNANDEZ LICETH TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Union las pilas	CAPARRAPI-CUNDINAMARCA	3222224249	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	1764565947	9489589435	I	2025/09/12	2025/09/09	NEQUI	0	$440,500

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1073718457	MEDINA HERNANDEZ LICETH TATIANA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
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	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/11 06:00 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT.900689410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____ Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Geraldine Farfan Lazaro**, identificada con Cédula de Ciudadanía **No. 1.016.077.346** de Bogotá. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA Con N.I.T. 900.689.410-9 me debe la suma de ($ 910.000) NOVECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/C.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 910.000
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 910.000

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 de septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.

NOMBRE: Geraldine Farfan Lazaro
CC No 1.016.077.346
DIRECCION : Barrio el municipio
TELEFONO: 3123313863

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1016077346		FARFAN LAZARO GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82# 0-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223915131	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	1743463773	9490853412	1	2025/09/10	2025/09/01	NEQUI	0	$440,500

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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	$34,700		$0	$0
1	CC 1016077346	FARFAN GERALDINE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016077346		FARFAN LAZARO GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82# D-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223915131	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	1743463773	9490853412	1	2025/09/10	2025/09/01	NEQUI	0	$440,500

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	$34,700	$0	$0	$34,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$0	$0	$34,700
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	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/09/01 02:24 PM

FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
NIT. 900.689.410-9
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

NOTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, **Carlos Ronaldo Calvo Tovar**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1.071.581.109** de Caparrapi Cund. Manifiesto que la empresa: FUNDACION EMPRENDA Y VIVA con N.I.T 900.869.410-9 me debe la suma de ($ 1.412.667) UN MILLON CUATROCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE.

POR CONCEPTO DE:

Honorarios profesionales por :	$ 1.412.667
Rete Ica	$
VALOR NETO A PAGAR	$ 1.412.667

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

OBSERVACION:
Indicar fechas laboradas, especificar turnos diurnos o nocturnos:

Prestación de servicios desde el dia 01 de septiembre de 2025 hasta el dia 13 de septiembre de 2025

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____
Salud, Pensión y ARL

Cordialmente.

FIRMA.



NOMBRE: Carlos Ronaldo Calvo Tovar
CC No 1.071.581.109 de Capaprrapí
DIRECCION : Transversal #11-24 Caparrapí
TELEFONO: 320 223 7435

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

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 1071581109		CALVO TOVAR CARLOS RONALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 69d #24a-78	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1777777	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	1742848713	9489583296	I	2025/09/03	2025/07/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$580,500

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1071581109	CALVO TOVAR CARLOS RONALDO	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$580,500	$0	$0	$580,500

2025/09/01 11:43 AM

ALIMENTACIÓN
5 TIEMPOS

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
PAULA GISSELA ROJAS CASTRO
C.C: 1.099.216.833

LA SUMA DE: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS ($ 1.634.500) M/CTE.

Por concepto del suministro de carnes para el Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí, entre el 01 de Septiembre hasta el 13 del mismo mes del 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Nequi **N° 3157016677.**

Cordialmente,

Paula Rojas
PAULA GISSELA ROJAS CASTRO
C.C. 1.099.216.833
CEL. 315 701 66 77

Caparrapí Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
GUSTAVO GARCIA REAL
C.C: 7.276.188 de Caparrapí

LA SUMA DE: UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 1.200.000) M/CTE.

Por concepto del "suministro de frutas, verduras, legumbres y derivados" que fueron entregados en las instalaciones del Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí, entre el 1 al 13 de Septiembre del 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Nequi **N° 321 343 8822.**

Cordialmente,

GUSTAVO GARCIA REAL
C.C. 7.276.188 de Caparrapí
CEL. 313 895 3715

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
FRANCY YASMIN VEGA LINARES
C.C: 20.429.407 de Caparrapí

LA SUMA DE: UN MILLON TREINTA MIL OCHOSCIENTOS PESOS ($ 1.030.800) M/CTE.

Por concepto del "suministro de insumos de panadería y lácteos", que fueron entregados en las instalaciones del Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí, entre el 1 al 13 de Septiembre mes del 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Ahorros **N° 4-311-70 08500-1 del BANCO AGARIO DE COLOMBIA.**

Cordialmente,

Francy Yasmin Vega L.
FRANCY YASMIN VEGA LINARES
C.C 20.429.407 de Caparrapí
Cel 320 998 7703

ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
LUIS ALEJANDRO GAITAN MARROQUIN
C.C: 80.323.176 de Caparrapí

LA SUMA DE: DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($278.500) M/CTE.

Por concepto de "suministro de insumos de enfermería y otros elementos farmacéuticos para el Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí", entre el periodo de Septiembre del 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Ahorros **N° 38569666730 de BANCOLOMBIA.**

Cordialmente,

LUIS ALEJANDRO GAITAN MARRONQUIN
C.C: 80.323.176 de Caparrapí
Cel: 310 735 8296

SERVICIOS PÚBLICOS

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
NELSON ALBERTO RUBIO JIMENEZ
C.C: 80 497 680 DE CHÍA (CUND)

LA SUMA DE: DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($ 240.000) M/CTE.

Por concepto del "suministro de 2 CILINDROS DE GAS DE 110LBS" que fueron entregados en las instalaciones del Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí, en septiembre del 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Ahorros de BANCOLOMBIA N° 3856 6081196

Cordialmente,

NELSON ALBERTO RUBIO JIMENEZ
C.C. 80 497 680 DE CHÍA (CUND)
CEL. 321 371 8125

Caparrapí,Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPREND Y VIVA
NIT 900.869.410 - 9

DEBE A.
WILFREDO BARAJAS GAITAN
C.C: 1.020.721.277

LA SUMA DE: CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVESCIENTOS PESOS ($59.900) M/CTE.

Por concepto de la prestación de servicio de INTERNET en las instalaciones del Hogar del Abuelo Villa Jordania del municipio Caparrapí, entre el mes de Septiembre del año 2025.

Favor consignar dicho valor a la cuenta de Ahorros **N° 38512490058 del BANCOLOMBIA.**

Cordialmente,

Wilfredo Barajas

WILFREDO BARAJAS GAITAN
C.C: 1.020.721.277

IMPREVISTOS ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES

Caparrapí 25 de septiembre del 2025

SE CANCELO EN EFECTIVO

CUENTA DE COBRO
FUNDACION EMPRENDA Y VIVA
N.I.T 900.869.410-9

DEBE A.
MARCELA CAMELO MORENO
C.C: 1070952996 De Facatativa

LA SUMA DE: CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS ($ 484.900) M/CTE.

Por concepto de la prestación de servicios para el acompañamiento del adulto mayor Ernesto de Jesús Barajas Arias durante hospitalización del 08 de septiembre al 13 del mismo mes, en el hospital san Rafael de facatativa.

Cordialmente,

MARCELA CAMELO MORENO
C.C: 1070952996 De Facatativá
Cel 322 7434752

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
LUIS ANTONIO RUIZ MARIN
C.C: 5.712.414 de Puente Nacional (Santander)

SE CANCELA EN EFECTIVO

LA SUMA DE: DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($280.000) M/CTE.

Por concepto en la prestación del servicio de transporte a citas medicas desde el hogar del abuelo villa Jordania hasta el hospital San José del municipio de Guaduas a los siguientes adultos mayores:

- Vicente Guerrero
- José Eufrasio Hernández
- Luis Muñoz
- Gustavo Mejía
- Juan Medina
- Aristóbulo Camacho

Favor consignar dicho valor al N° **314-306-1453 de NEQUI.**

Cordialmente,

LUIS ANTONIO RUIZ MARIN
C.C: 5.712.414 de Puente Nacional (Santander)

ELEMENTOS DE ASEO Y LAVANDERÍA

Caparrapí, Septiembre 13 del 2025

CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN EMPRENDA Y VIVA
NIT 900.869.410-9

DEBE A.
KEVIN LEANDRO RAMOS
C.C: 1.003.616.747 de Caparrapí

LA SUMA DE: SETENTA MIL PESOS ($ 70.000) M/CTE.

Por concepto en la prestación del servicio de podado de árboles, limpieza de huerta y rocería parte trasera del Hogar del Abuelo Villa Jordania.

Favor consignar dicho valor al N° 310 612 1701 de Nequi.

KEVIN LEANDRO RAMOS
C.C: 1.003.616.747 de Caparrapí
CEL: 3106121701

AFILIACIÓN FUNEBRE

EXEQUIALES JERUSALEN S.A.S
NIT: 901049905-0
Régimen: No responsable de IVA
Persona Jurídica
CL 2 3 26, Facatativá, Cundinamarca, Colombia
Tel. 8424810
Email. exequiales.jerusalen.sas@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 22764072259799 válida desde 2024-08-04 hasta 2026-08-04 rango desde FE1051 hasta FE10000.

Cliente:	FUNDACION EMPRENDA Y VIVA 900689410
NIT :	CALLE 11 A # 33 a 08 Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110110
Dirección:	3195105175
Teléfono:	fundacionempnreda.viva@gmail.com
Email:	
Tipo de negociación:	Contado Consignación
Medio de Pago:	bancaria
Fecha de Pago:	30/09/2025
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FE3166**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**10:30:01**
FECHA FIRMADO:	**29/09/2025 10:02:10**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	09	2025	30	09	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	9837000 0-7	PERSONAL SUSCRITO AL CONTRATO EXEQUIAL personas suscritas al contrato exequial especial de Caparrapí, correspondientes al mes de septiembre desde 01 al 13 de 2025	WSD	1,00	$ 355.490,00				0,00	$ 355.490,00

Notas:

SON: (Trescientos cincuenta y cinco mil cuatrocientos noventa pesos)
CUFE: gs2ct1wtd0ac06fsfqd7a31c1e1e6e7f28190e205a13el03a116b1c4b5h60c4462fbc01f73ucQaavd176e2Sdzl

Subtotal:	$ 355.490,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$ 355.490,00

Firma Digital: YqtkjvbfQN6QDdNzb/423w0IUY/NqeqsKWKLBo24IV01BJYbLb4Dmgx1CJDSV8andrV
SLQj2BQ12CqyIKgdeGnxQd6oAm16l6IJQmBZe8TA1GES+bkEAGKajleLizQz4SBRZ ABI4o+hdgdSzO8LJaojgEaSlzwCYx+nlqA9dTkLVw
+L3cP8d5wySIYAOEe/GaQnUbO2 ni7O8QO/isOfZYM1I+rq9EVMy87g2Fi1IPJ Ln7QmEuAiDqpBjNM2dYqrtOXPmYY
e1kLqq6YxiD23MyfdsrRjBKjqxDqjkLG1YD8/b4I0O2xTiPrw/TbLRn1vEz8eP5M5EX S2vCIgxLxxSUdl9D59b5qzxqc

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.