Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Daniela García Ramírez
CC 1018462921

Por concepto de: **COORDINADOR GENERAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4.723.415

SON: Cuatro millones setecientos veintitrés mil cuatrocientos quince pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980025449**

Cordialmente,

Daniela García R

Daniela García Ramírez

CC 1018462921

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 1018462921		GARCIA RAMIREZ DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 2 3 34 CENTRO	SASAIMA-CUNDINAMARCA	3045668386	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923562937	9493432765	I	2025/11/07	2025/11/12	BANCOLOMBIA	5	$598,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,889,366	$302,300			$1,889,366	$236,200			$1,889,366	$37,800			$1,889,366	$19,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,889,366	$302,300			$1,889,366	$236,200			$1,889,366	$37,800			$1,889,366	$19,800		$0	$0
Ciudad: SASAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,889,366	$302,300			$1,889,366	$236,200			$1,889,366	$37,800			$1,889,366	$19,800		$0	$0
1	CC	1018462921	GARCIA DANIELA	230201	30	$1,889,366	$302,300	EPS005	30	$1,889,366	$236,200	CCF24	30	$1,889,366	$37,800	14-11	30	$1,889,366	$19,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,889,366	$302,300			$1,889,366	$236,200			$1,889,366	$37,800			$1,889,366	$19,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018462921		GARCIA RAMIREZ DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 2 3 34 CENTRO	SASAIMA-CUNDINAMARCA	3045668386	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923562937	9493432765	I	2025/11/07	2025/11/12	BANCOLOMBIA	5	$598,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$302,300	$1,000	$0	$303,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$302,300	$1,000	$0	$303,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,800	$100	$0	$19,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$19,800	$100	$0	$19,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,800	$200	$0	$38,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,800	$200	$0	$38,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,200	$800	$0	$237,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,200	$800	$0	$237,000
TOTAL				**1**	**$596,100**	**$2,100**	**$0**	**$598,200**

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Liz Carolay Diaz Rubio
CC 1070782075

Por concepto de: **TÉCNICO OPERATIVO** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $2.655.531

SON: Dos millones seiscientos cincuenta y cinco mil quinientos treinta y un pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980023782**

Cordialmente,

Liz Carolay Diaz Rubio

CC 1070782075

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070782075		DIAZ RUBIO LIZ CAROLAY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	finca los alamos	SASAIMA-CUNDINAMARCA	3214412978	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$14,900**		**$0**	**$0**		**$420,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$14,900**		**$0**	**$0**		**$420,700**
Ciudad: SASAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$14,900**		**$0**	**$0**		**$420,700**
1	CC	1070782075	DIAZ LIZ																	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1907155103	9493994117	I	2025/11/20	2025/11/06	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$420,700**	**$0**	**$0**	**$420,700**

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Ana Sofia Bernal Martínez
CC 1001330853

Por concepto de: **TÉCNICO ADMINISTRATIVO** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $2.655.531

SON: Dos millones seiscientos cincuenta y cinco mil quinientos treinta y un pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590014932**

Cordialmente,

Ana Sofia Bernal Martínez

CC 1001330853

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	1001330853	ANA SOFIA BERNAL MARTINEZ	Finca Villa Diana Vda Mesetas	0000000	anasofiabernal0905@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SASAIMA		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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91082509	$420.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

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	1001330853	ANA SOFIA BERNAL MARTINEZ		Finca Villa Diana Vda Mesetas	0000000	anasofiabernal0905@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SASAIMA	

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**	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91082509	$420.700	

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	1001330853	BERNAL MARTINEZ ANA SOFIA	57	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Wolfan Enrique Infante Urrea
CC 1013581898

Por concepto de: **NUTRICIONISTA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : ..... $4'048.486

SON: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980024533**

Cordialmente,

Wolfan. I

Wolfan Enrique Infante Urrea

CC 1013581898

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	1013581898	WOLFAN ENRIQUE INFANTE URREA	CR 11B 18 - 26 SUR	6017314419	WOLFAN.INFANTEURREA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	28/10/2025	90915011	$1.067.000	

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	404.900	0		0		0	0	0	0	404.900	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	518.300	0	0	0	0	0	0		518.300	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	79.000				79.000	0	0	79.000			790	79.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	64.800	0	0	64.800	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	404.900	404.900
Pensión	1	518.300	518.300
Riesgos Laborales	1	79.000	79.000
CCF	1	64.800	64.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.067.000	1.067.000

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	1013581898	WOLFAN ENRIQUE INFANTE URREA		CR 11B 18 - 26 SUR	6017314419	WOLFAN.INFANTEURREA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-10	2025-10	I	28/10/2025	90915011	$1.067.000	

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	1013581898	INFANTE URREA WOLFAN ENRIQUE	59	0			N																			230301	3.239.000	518.300	0	0	0	0	EPS008	3.239.000	404.900	14-11	3.239.000	3	79.000	CCF22	3.239.000	64.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Diana Katherine Christiansen
1070782500

Por concepto de: **NUTRICIONISTA DIETISTA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : ..... $4'048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590014528**

Cordialmente,

Diana Katherine Christiansen
CC 1070782500

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	1070782500	DIANA KATHERINE CHRISTIANSEN CORREDOR	CALLE 7 87B-90 TO 03 APTO 208	3544477	dianakatherinechr20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	29/10/2025	90823304	$501.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	202.500	0		0		0	0	0	0	202.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	259.200	0	0	0	0	0	0		259.200	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	39.500				39.500	0	0	39.500			395	39.500	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	202.500	202.500
Pensión	1	259.200	259.200
Riesgos Laborales	1	39.500	39.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	501.200	501.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	1070782500	DIANA KATHERINE CHRISTIANSEN CORREDOR		CALLE 7 87B-90 TO 03 APTO 208	3544477	dianakatherinechr20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-10	2025-10	I	29/10/2025	90823304	$501.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1070782500	CHRISTIANSEN CORREDOR DIANA KATHERINE	57	0			N							X										25-14	1.619.394	259.200	0	0	0	0	EPS008	1.619.394	202.500	14-11	1.619.394	3	39.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

LIGIA CEPEDA BOJACÁ

C.C. 52082125

Por concepto de: **PSICÓLOGA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: .....:..... $4.048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **500035217**

Cordialmente,

Ligia Cepeda

Ligia Cepeda B.

CC 52.082.125

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LIGIA CEPEDA BOJACA**, identificada con **CC** número **52082125**, aportó por **LIGIA CEPEDA BOJACA**, identificado(a) con **CC** número **52082125** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8390582421** para el periodo de salud **2025-10** y pensiones **2025-10** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0															0		30	$1.700.000	0,16000		$272.000	Octubre - 2025	8390582421	14/10/2025	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.700.000	0,01044	2	$17.800	Octubre - 2025	8390582421	14/10/2025	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$1.700.000	0,12500		$212.500	Octubre - 2025	8390582421	14/10/2025	N

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Octubre de 2025

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Angie Lorena Araque Infante

1.012.443.931

Por concepto de: **PSICOLOGA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: ..... $ 4.048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980027890**

Cordialmente,

Angie Araq-e.

Angie Lorena Araque Infante

1.012.443.931

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	1012443931	ANGIE LORENA ARAQUE INFANTE	Carrera 82F # 60 A 28 Sur	3056230	angiejunio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	90599723	$488.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	202.500	0		0		0	0	0	0	202.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	259.200	0	0	0	0	0	0		259.200	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	17.000				17.000	0	0	17.000			170	17.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.800	0	0	9.800	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	202.500	202.500
Pensión	1	259.200	259.200
Riesgos Laborales	1	17.000	17.000
CCF	1	9.800	9.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	488.500	488.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012443931	ANGIE LORENA ARAQUE INFANTE	Carrera 82F # 60 A 28 Sur	3056230	angiejunio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	90599723	$488.500	

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012443931	ARAQUE INFANTE ANGIE LORENA	59	0			N																	230301	1.619.394	259.200	0	0	0	0	EPS037	1.619.394	202.500	14-11	1.619.394	2	17.000	CCF24	1.619.394	9.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

GINA PAOLA LEON
C.C. 1.077.967.847

Por concepto de: **PSICOLOGA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : $4.048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHOMIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **300058393**

Cordialmente,

GINA PAOLA LEON

GINA PAOLA LEON
C.C 1.077.967.847

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	GINA PAOLA LEON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1077967847
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-13
FECHA DE PAGO:	2025-11-04
ENTIDAD DE PAGO:	CONFIAR
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35000604
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35000604
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.619.394	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.500	$ 202.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.619.394	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.200	$ 259.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.619.394	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.000	$ 17.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 478.700	$ 478.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/12/2025

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

JESSICA ALEJANDRA ORTIZ CASTRO
CC 1022415556

Por concepto de: **PSICOLOGA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : ..... $ 4'048.486

SON: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis mil pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980023758**

Cordialmente,

Jessica Alejandra Ortiz Castro
C.C. 1022415556

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022415556		ORTIZ CASTRO JESSICA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 33sur#51g59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204356244	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1906214136	9493810724	I	2025/11/14	2025/11/05	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$511,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394		$17,000		$0	$0		$511,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394		$17,000		$0	$0		$511,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394		$17,000		$0	$0		$511,100
1	CC	1022415556 ORTIZ JESSICA																		23030 1	30	$1,619,394	$259,200	EPS008	30	$1,619,394	$202,500	CCF24	30	$1,619,394	$32,400	14-11	30	$1,619,394	1.044%	$17,000	30	$0	$0	No	$511,100
Total		**Afiliados(1)**																				$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394		$17,000		$0	$0		$511,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022415556		ORTIZ CASTRO JESSICA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 33sur#51g59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204356244	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1906214136	9493810724	I	2025/11/14	2025/11/05	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$511,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,400	$0	$0	$32,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,400	$0	$0	$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				**1**	**$511,100**	**$0**	**$0**	**$511,100**

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Yeimy Lorena Guevara Montero
CC. 1070781919

Por concepto de: PSICÓLOGA COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : $3.373.738

SON: tres millones trecientos setenta y tres mil setecientos treinta y ocho pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980024723**

Cordialmente,

Yeimy Lorena Guevara Montero
CC: 1070781919

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Leidy Esperanza Tellez Parada
60450291

Por concepto de: **TERAPEUTA OCUPACIONAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590015293**

Cordialmente,

Leidy Tellez Parada

Leidy Esperanza Tellez Parada
CC: 60450291

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	60450291	LEIDY ESPERANZA TELLEZ PARADA	calle 16 # 10-20	00000000	di.yle@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ		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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91100798	$487.600	

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	206.300	0		0		0	0	0	0	206.300	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	264.000	0	0	0	0	0	0		264.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	17.300				17.300	0	0	17.300			173	17.300	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	206.300	206.300
Pensión	1	264.000	264.000
Riesgos Laborales	1	17.300	17.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	487.600	487.600

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	60450291	LEIDY ESPERANZA TELLEZ PARADA	calle 16 # 10-20	00000000	di.yle@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ		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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91100798	$487.600	

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	60450291	TELLEZ PARADA LEIDY ESPERANZA	59	0			N																	230201	1.650.000	264.000	0	0	0	0	EPS005	1.650.000	206.300	14-11	1.650.000	2	17.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Diana Ivonne Rodríguez Piñeros
53.105.404

Por concepto de: **TERAPEUTA OCUPACIONAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590010997**

Cordialmente,

Diana Ivonne Rodríguez Piñeros
53.105.404

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-06, 06:36:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076177447

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823377872

PAGADO 06/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA IVONNE RODRIGUEZ PINEROS		
Documento	CC53105404	**Dirección**	DG 11 #14 C - 38 BERLIN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209455429
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FACATATIVA	**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 APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53105404	DIANA IVONNE RODRIGUEZ PIÑEROS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.620.000	$ 259.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.620.000	$ 202.500	2,436	$ 1.620.000	$ 39.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 501.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.620.000	$ 1.620.000	$ 1.620.000	$ 0	$ 259.200	$ 202.500	$ 39.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 501.200	$ 500	$ 501.700

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Sandra Bibiana Rocha Pulido
20957209

Por concepto de: **TERAPEUTA OCUPACIONAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **500035092**

Cordialmente,

Sandra Bibiana Rocha Pulido
CC: 20957209

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	20957209	SANDRA BIBIANA ROCHA PULIDO	CRA 8 B N. 10 A 04	3124018158	sandrabibianarochapulido@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLETA		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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91089933	$487.600	

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	206.300	0		0		0	0	0	0	206.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	264.000	0	0	0	0	0	0		264.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	17.300				17.300	0	0	17.300			173	17.300	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	206.300	206.300
Pensión	1	264.000	264.000
Riesgos Laborales	1	17.300	17.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	487.600	487.600

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	20957209	SANDRA BIBIANA ROCHA PULIDO		CRA 8 B N. 10 A 04	3124018158	sandrabibianarochapulido@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	

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**	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91089933	$487.600	

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	20957209	ROCHA PULIDO SANDRA BIBIANA	57	0			N																			25-14	1.650.000	264.000	0	0	0	0	EPS008	1.650.000	206.300	14-11	1.650.000	2	17.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Sandra Milena Hernández Correa
52.778.163

Por concepto de: **TERAPEUTA OCUPACIONAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590011870**

Cordialmente,

Sandra Milena Hernández Correa
CC: 52.778.163

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	52778163	SANDRA MILENA HERNANDEZ CORREA	calle 23 No 14 05 Torre 4 APTO 403	8281804	smhernandezco@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		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	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91079763	$924.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	373.700	0		0		0	0	0	0	373.700	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	478.300	0	0	0	0	0	0		478.300	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	72.900				72.900	0	0	72.900			729	72.900	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	373.700	373.700
Pensión	1	478.300	478.300
Riesgos Laborales	1	72.900	72.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	924.900	924.900

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	52778163	SANDRA MILENA HERNANDEZ CORREA		calle 23 No 14 05 Torre 4 APTO 403	8281804	smhernandezco@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	

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**	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91079763	$924.900	

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	52778163	HERNANDEZ CORREA SANDRA MILENA	59	0			N																	230301	2.989.000	478.300	0	0	0	0	EPS001	2.989.000	373.700	14-23	2.989.000	3	72.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Mabel Alexandra Mafla Eraso
CC 36756435

Por concepto de: **TERAPEUTA OCUPACIONAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **590013264**

Cordialmente,

Mabel Alexandra Mafla Eraso
CC 36756435

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-10, 12:44:38 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81553557

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 06/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAFLA ERASO MABEL ALEXANDRA		
Documento	CC36756435	**Dirección**	CR 6A #14 - 44
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8249335
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**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 APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 36756435	MABEL ALEXANDRA MAFLA ERASO	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.650.000	$ 264.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.650.000	$ 206.300	2,436	$ 1.650.000	$ 40.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.500

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
$ 1.650.000	$ 1.650.000	$ 1.650.000	$ 0	$ 264.000	$ 206.300	$ 40.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 510.500	$ 0	$ 510.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Paula Andrea Araque Infante

1.000.734.046

Por concepto de: **TRABAJADORA SOCIAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: ..... $ 4.048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **370129165**

Cordialmente,

Paula Andrea Araque Infante

1.000.734.046

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 1000734046		ARAQUE INFANTE PAULA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82F 60A 28 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3001956477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1904619791	9494386144	I	2025/11/13	2025/11/05	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
1	CC	1000734046	ARAQUE PAULA	230301	30	$1,619,394	$259,200	EPS037	30	$1,619,394	$202,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,619,394	$17,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0

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 1000734046		ARAQUE INFANTE PAULA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82F 60A 28 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3001956477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1904619791	9494386144	I	2025/11/13	2025/11/05	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				1	$478,700	$0	$0	$478,700

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Sandy Lorena Pizza Chaves
1192800358

Por concepto de: trabajadora social COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de Noviembre de 2025.

LA SUMA DE: ..... $4'048.486

SON: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. 980043400

Cordialmente,



Sandy Lorena Pizza Chaves
1192800358

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192800358		PIZZA CHAVES SANDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22#6b 32	SOACHA-CUNDINAMARCA	3228683411	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1901363748	9493871858	I	2025/11/18	2025/11/04	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																																
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1192800358	PIZZA CHAVES SANDY LORENA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												

Total **Afiliados(1)**

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.619.394	No		PROTECCION	30	$ 1.619.394	16%	SIN RIESGO	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.200		FAMISANAR	30	$ 1.619.394	12,5%	$ 202.500	$
																					$ 259.200						$ 202.500	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 202.500			0	$ 0	0%	$ 0	ARL SURA	30	$ 1.619.394	1,044%	2	$ 17.000	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 202.500						$ 0						$ 17.000				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192800358		PIZZA CHAVES SANDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22#6b 32	SOACHA-CUNDINAMARCA	3228683411	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1901363748	9493871858	I	2025/11/18	2025/11/04	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				1	$478,700	$0	$0	$478,700

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

LAURA VANESSA CANO CALDERÓN
C.C. 1.001.197.077

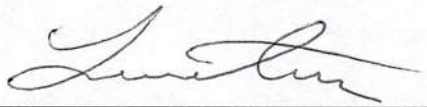
Por concepto de: **TRABAJADORA SOCIAL** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : $4.048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHOMIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980037394**

Cordialmente,



LAURA VANESSA CANO CALDERÓN
C.C 1.001.197.077

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 1001197077		CANO CALDERON LAURA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 66B #122a18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227281993	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1906068282	9494068668	I	2025/11/21	2025/11/05	NEQUI	0	$511,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394	$17,000		$0	$0
1	CC	1001197077	CANO LAURA	230301	30	$1,619,394	$259,200	EPS005	30	$1,619,394	$202,500	CCF24	30	$1,619,394	$32,400	14-11	30	$1,619,394	$17,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$1,619,394	$32,400			$1,619,394	$17,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001197077		CANO CALDERON LAURA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 66B #122a18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227281993	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1906068282	9494068668	I	2025/11/21	2025/11/05	NEQUI	0	$511,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,400	$0	$0	$32,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,400	$0	$0	$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				1	$511,100	$0	$0	$511,100

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Yuri Alexandra Rodríguez Rincón
CC 1.013.614.985

Por concepto de: **Trabajo Social** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de Noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4.048.486

SON: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis pesos

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. 480068410

Cordialmente,

Yuri Alexandra Rodríguez Rincón
CC 1.013.614.985

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	1013614985	YURI ALEXANDRA RODRIGUEZ RINCON	calle 41b n 50 a 70 sur	2305176	yuri_rodriguez00@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	91320537	$478.700	

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	202.500	0		0		0	0	0	0	202.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	259.200	0	0	0	0	0	0		259.200	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	17.000				17.000	0	0	17.000			170	17.000	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	202.500	202.500
Pensión	1	259.200	259.200
Riesgos Laborales	1	17.000	17.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	478.700	478.700

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	1013614985	YURI ALEXANDRA RODRIGUEZ RINCON		calle 41b n 50 a 70 sur	2305176	yuri_rodriguez00@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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	91320537	$478.700	

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	1013614985	RODRIGUEZ RINCON YURI ALEXANDRA	57	0			N																	230301	1.620.000	259.200	0	0	0	0	EPS008	1.620.000	202.500	14-11	1.620.000	2	17.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Sasaima, Cundinamarca 30 de Noviembre 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Geraldine Guerrero Sierra
CC 1023955410

Por concepto de: **Trabajador Social** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de Noviembre de 2025.

LA SUMA DE : ..... $4'048.486

SON: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis pesos

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980037667**

Cordialmente,

Geraldine Guerrero Sierra

Geraldine Guerrero
CC 1023955410

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 1023955410		GUERRERO SIERRA GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 37 SUR 1 - 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3196187067	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1907505958	9493394507	I	2025/11/06	2025/11/06	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0
1	CC	1023955410	GUERRERO GERALDINE	230201	30	$1,619,394	$259,200	EPS008	30	$1,619,394	$202,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,619,394	$17,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$17,000		$0	$0

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 1023955410		GUERRERO SIERRA GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 37 SUR 1 - 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3196187067	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1907505958	9493394507	I	2025/11/06	2025/11/06	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$478,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$0	$17,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,000	$0	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				1	$478,700	$0	$0	$478,700

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

MARIA FERNANDA ACOSTA
CC: 37556778

Por concepto de: **Pedagoga Reeducativa COMUNIDAD** DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: ..... $ 4.048.486

SON: Cuatro Millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos ochenta y seis pesos

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. 480062470

Cordialmente,

María Fernanda Acosta
CC: 37556778

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 37556778		ACOSTA MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kdxj1 # 1224	GONZALEZ-CESAR	3226832724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908050271	9494423255	I	2025/11/21	2025/11/06	NEQUI	0	$501,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$39,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$39,500		$0	$0
Ciudad: GONZALEZ Depto: CESAR (1 Afiliados)					$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$39,500		$0	$0
1	CC	37556778 ACOSTA MARIA	25-14	30	$1,619,394	$259,200	EPS037	30	$1,619,394	$202,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,619,394	$39,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,619,394	$259,200			$1,619,394	$202,500			$0	$0			$1,619,394	$39,500		$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 37556778		ACOSTA MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kdxj1 # 1224	GONZALEZ-CESAR	3226832724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908050271	9494423255	I	2025/11/21	2025/11/06	NEQUI	0	$501,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$259,200	$0	$0	$259,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,500	$0	$0	$39,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,500	$0	$0	$39,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,500	$0	$0	$202,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$202,500	$0	$0	$202,500
TOTAL				**1**	**$501,200**	**$0**	**$0**	**$501,200**

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Viviana Andrea Jimenez Puentes
52216289

Por concepto de: **PEDAGOGA REEDUCATIVA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $4. 048.486

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **980045942**

Cordialmente,

Viviana Andrea Jimenez Puentes
CC: 52216289

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52216289
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VIVIANA ANDREA JIMENEZ PUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOSQUERA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CLL 9 # 14A-88S APTO 404 TORRE 8 SOL NAC	TELÉFONO:	6086558
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - NUEVO CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7991488231**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1938582652

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.200	$ 0	$ 259.200
SUBTOTALES:										**$ 259.200**	**$ 0**	**$ 259.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 202.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.500	$ 0	$ 0	$ 202.500
SUBTOTALES:													**$ 202.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 202.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
							COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA																	PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO				ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52216289	JIMENEZ PUENTES VIVIANA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.619.400				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.619.400	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.619.400	$ 202.500	$ 0	$ 202.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.619.400	52216289	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 470.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52216289
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VIVIANA ANDREA JIMENEZ PUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOSQUERA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CLL 9 # 14A-88S APTO 404 TORRE 8 SOL NAC	TELÉFONO:	6086558
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - NUEVO CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7996271905**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1952499762
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7991488231	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/11/19

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD					ARP											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52216289	JIMENEZ PUENTES VIVIANA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.619.400				NO							A										230201-PROTECCION	30	$ 1.619.400	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.619.400	$ 202.500	$ 0	$ 202.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.619.400	52216289	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 52216289	JIMENEZ PUENTES VIVIANA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.619.400				NO							C										230201-PROTECCION	30	$ 1.619.400	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.619.400	$ 202.500	$ 0	$ 202.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.619.400	52216289	$ 17.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 52216289	JIMENEZ PUENTES VIVIANA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.619.400				NO							R										230201-PROTECCION	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0	52216289	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 8.500

Planilla Pagada

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

MYRIAM SUSANA GIRALDO GANTIVAR
1. O72.188.825

Por concepto de: **EDUCADORA FISICA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE: $3.373.556

SON: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **380069302**

Cordialmente,

Myriam Susana Giraldo Gantivar
CC: 1.072.188.825

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MYRIAM SUSANA GIRALDO GANTIVAR
IDENTIFICACIÓN:	CC-1072188825
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-10
FECHA DE PAGO:	2025-11-05
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	34956065
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34956065
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.900	$ 14.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.700	$ 420.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/12/2025

Sasaima, Cundinamarca 30 de noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Yamile Alejandra Ramirez Cardenas
CC 1072192730

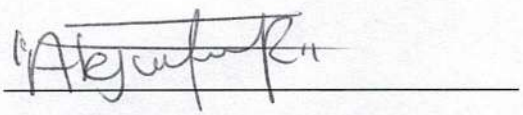
Por concepto de: **EDUCADORA FISICA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : ..... $3'373.556

SON: Tres millones trescientos setenta y tres mil quinientos cincuenta y seis pesos.

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **430068825**

Cordialmente,



Yamile Alejandra Ramirez Cardenas

CC 1072192730

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072192730
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YAMILE ALEJANDRA RAMIREZ CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SIBATE	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 6 - 25	TELÉFONO:	3212619
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7989625041**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1895090532	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.900	$ 14.900	$ 0	$ 0	$ 14.900
SUBTOTALES:									**$ 14.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1072192730	RAMIREZ CARDENAS YAMILE ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	107219273	$ 14.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 420.700

Sasaima, Cundinamarca 30 noviembre de 2025

CONSORCIO POR LA REDUCCIÓN DE LA HABITABILIDAD EN CALLE 2024

NIT. 901.879.382-1

DEBE A:

Jennyfer Pereira Triana

CC 1077967627

Por concepto de: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** COMUNIDAD DE VIDA LA VICTORIA, durante el mes de noviembre de 2025.

LA SUMA DE : $2.655.531

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UNO

Cuenta Ahorros Cooperativa CONFIAR No. **380085540**

Cordialmente,

Jennyfer Pereira

Jennyfer Pereira Triana
CC 1077967627

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	1077967627	JENNYFER PEREIRA TRIANA	cra 7 2 22	8444444	jennyferpereiratriana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLETA		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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90880581	$420.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

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	1077967627	JENNYFER PEREIRA TRIANA		cra 7 2 22	8444444	jennyferpereiratriana@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90880581	$420.700	

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	1077967627	PEREIRA TRIANA JENNYFER	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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