NOMBRE: CARLOTA RAMIREZ SUAREZ
CC. 65748752 de Soacha
DIRECCÓN: CARRERA 80I # 65 71
TELEFONO: 3144844345

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
CARLOTA RAMIREZ SUAREZ
CC. 65748752 de Soacha
DIRECCÓN: CARRERA 80I # 65 71

Por Concepto de:	Coordinación Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda No. 0550472900192783
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CINCO MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL VEINTE PESOS M/CTE. ($ 5.299.020)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

CARLOTA RAMIREZ SUAREZ
CC. 65748752 de Soacha

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-10, 04:44:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079518373

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823763322

PAGADO 09/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ		
Documento	CC65748752	**Dirección**	CR 52 #14 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144844345
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 65748752	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ	59	00																0		30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.806.600	$ 289.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.806.600	$ 225.900	0,522	$ 1.806.600	$ 9.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 524.500

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
$ 1.806.600	$ 1.806.600	$ 1.806.600	$ 0	$ 289.100	$ 225.900	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 524.500	$ 0	$ 524.500

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.

Fwd: Pagaste en SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S con Cuenta Nu

1 mensaje

Daniela Molina Ramirez <daniela.molinara02@gmail.com> 9 de febrero de 2026 a las 8:43 p.m.
Para: carlotarasu69@gmail.com

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Nu** <nu@nu.com.co>
Fecha: El lun, 9 feb. 2026 a la(s) 8:42 p.m.
Asunto: Pagaste en SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S con Cuenta Nu
Para: <daniela.molinara02@gmail.com>



Pagaste con tu Cuenta de ahorros Nu

Hola, Daniela:

Acá está el detalle de tu pago

Pagaste en:
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

La cantidad de:
$524.500,00

Más el impuesto del 4xmil de:
$2.098,00

Si no fuiste tú, contáctanos vía chat y te ayudaremos a resolverlo.

No fui yo, deseo contactar a soporte ↗

Si tienes preguntas, siempre nos puedes escribir a ayuda@nu.com.co

Un abrazo,
Equipo Nu

Si tienes alguna duda, dirígete al menú '**Ayuda**' directamente desde tu app para chatear con nosotros o escríbenos al correo ayuda@nu.com.co.

Si estás en Colombia, puedes llamarnos al 01 800 917 2000 o si estás en Bogotá, al (+57) 601 357 1102.

Si ya no deseas recibir nuestros correos electrónicos **cancela aquí la suscripción.**

Política de Privacidad Nu

Nu C.F. hace parte de Nubank - NIT 901.658.107-2
© Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A. 2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

Si ya no quieres recibir este tipo de correos, **puedes cancelar la suscripción aquí**.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-20, 09:22:07 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1080634267

Nro Planilla Corregida: 1079518373 **Periodo Cotización:** marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824002877

PAGADO 20/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ		
Documento	CC65748752	**Dirección**	CR 52 #14 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144844345
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 65748752	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ	59	00									A								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.806.600	$ 289.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.806.600	$ 225.900	0,522	$ 1.806.600	$ 9.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 524.500
CC 65748752	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ	59	00								X	C								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.119.068	$ 339.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.119.068	$ 264.900	0,522	$ 2.119.068	$ 11.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 615.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 312.468	$ 312.468	$ 312.468	$ 0	$ 50.000	$ 39.000	$ 1.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.600	$ 0	$ 90.600

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.


9:00
Pago exitoso
Número de comprobante
35211074
Día: 20/03/2026 Hora: 09:00 a.m.
Origen
Cuenta de ahorros Nómina
**** 2783
CARLOTA RAMIREZ
Destino
PAGO SIMPLE (PILA) 01556281
8824002877
Inscriba el destino para agilizar sus pagos.
Valor
$90.600,00
Costo de la transacción:
$0,00

NOMBRE: AYDA MARISOL SIERRA URREGO
CC. 1.012.341.833 de Bogotá
DIRECCION: calle 63 SUR # 78J - 38
TELEFONO: 3123024005

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
AYDA MARISOL SIERRA URREGO
CC. 1.012.341.833 de Bogotá
DIRECCION: calle 63 SUR # 78J - 38

Por Concepto de:	Profesional en Trabajo Social Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta,	Cuenta de Ahorros BANCO CAJA SOCIAL N° 24136100519
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Marisol Sierra Urrego
AYDA MARISOL SIERRA URREGO
CC. 1.012.341.833 de Bogotá

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	1012341833	AYDA MARISOL SIERRA URREGO	Calle 63 sur#78 J -38 apto 204 Torre 3	4791292	solmari095@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64882867	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$538.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.000	0	0	11.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	1	11.000	11.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	538.300	538.300

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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	1012341833	AYDA MARISOL SIERRA URREGO	Calle 63 sur#78 J -38 apto 204 Torre 3	4791292	solmari095@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64882867	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$538.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1012341833	SIERRA URREGO AYDA MARISOL	59	0			N																	230201	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS010	1.816.734	30	227.100	14-11	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	11.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 06 marzo 2026 07:56 a.m.
Dirección IP: 181.237.251.191
Número de transacción: APII6065322801800084
Número de confirmación: d6c1fbe64f48

Cuenta Origen: Cuentamiga *******0519
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 64882867
REFERENCIA 1: 181.237.251.191
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 1012341833

Código de la transacción (CUS): 118007136
Fecha de la solicitud: 06 marzo 2026
Ciclo de la transacción: 2

Valor: $ 538.300,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00

Powered by CamScanner

NOMBRE: BORIS DE JESÚS PACHECO GONZALEZ
CC. 72012513 de Baranoa
DIRECCION: Carrera 2 N° 3-54 Policarpa
TELEFONO: 3008028372

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
BORIS DE JESÚS PACHECO GONZALEZ
CC. 72012513 de Baranoa
DIRECCION: Carrera 2 N° 3-54 Policarpa

Por Concepto de:	Profesional en Psicologia Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 392246740
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Boris Pacheco G
BORIS DE JESÚS PACHECO GONZALEZ
CC. 72012513 de Baranoa

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BORIS DE JESUS PACHECO GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 3- 53 SUR	TELÉFONO:	7496624
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:	**4642818380**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996146249

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.700	$ 0	$ 290.700
SUBTOTALES:										**$ 290.700**	**$ 0**	**$ 290.700**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.100	$ 0	$ 0	$ 227.100
SUBTOTALES:													**$ 227.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 227.100**

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	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

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 72012513	PACHECO GONZALEZ BORIS DE JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.816.734				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.700	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.816.734	$ 227.100	$ 0	$ 227.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.816.734	72012513	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 527.300

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9634818748 DV: 662135
Cliente: 110263 PILA RECIBIDO
Fecha: 18/03/2026 12:0[illegible]:25
PAP: 991150
Identificacion: 72012513
Nombre: BO[illegible]IS
Apellido 1: PACH[illegible]CO
Apellido 2: [illegible]VAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADA[illegible]NIA
TELEFONO: 3111111111
Codigo Planilla: 464281[illegible]380
Periodo Pago: 202[illegible]03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 72012513 Valor: $527.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

NOMBRE: ANDRES PARADA HERNÁNDEZ
CC. 16.070.776
DIRECCION: BOGOTÁ, COLOMBIA
TELEFONO: 3123068180

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ANDRÉS PARADA HERNÁNDEZ
CC. 16.070.776
DIRECCION: BOGOTÁ, COLOMBIA

Por Concepto de:	Profesional en Psicologia Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda No. 466600029725
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

ANDRÉS PARADA HERNÁNDEZ
CC. 16.070.776

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-20, 01:07:20 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079681511

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823543718

PAGADA 20/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES PARADA HERNANDEZ		
Documento	CC16070776	Dirección	CRA 7 1A 04 SAN JORGE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7250959
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 16070776	ANDRES PARADA HERNANDEZ	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1,816,734	$290,700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,816,734	$227,100	2.436	$1,816,734	$44,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$562,100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,816,734	$1,816,734	$1,816,734	$0	$290,700	$227,100	$44,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$562,100	$0	$562,100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 20 marzo 2026 10:23 a.m.

Dirección IP: 186.102.30.233

Número de transacción: APII6079320184459807

Número de confirmación: d62bd3a03795

Cuenta origen: Cuentamiga *******9728

Comercio: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Nit del comercio: 9000973339

Código del servicio: 881624

Referencia de Pago: 177402005258810

Referencia 1: 02

Referencia 2: 900097333

Referencia 3: 6311

Código de la transacción (CUS): 156151439

Fecha de la solicitud: 20 marzo 2026

Ciclo de la transacción: 3

Valor: $ 562.100,00

Descripción de la transacción: Pago PSE. Ref 8823543718-202603-1602858. idTrans 1602858

Valor del impuesto: $ 0,00

NOMBRE: YANETH MONTENEGRO VARGAS
CC. 52.479.701 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CARRERA 80I # 51-53
TELEFONO: 3115565038

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
YANETH MONTENEGRO VARGAS
CC. 52.479.701 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CARRERA 80I # 51-53

Por Concepto de:	Terapeuta Ocupacional Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco de Bogotà N° 380198333
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

YANETH MONTENEGRO VARGAS
CC. 52.479.701 DE BOGOTÁ

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	52479701	YANETH MONTENEGRO VARGAS	CRA 80 I 51 53 SUR	4811776	YMV78@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67344901	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$563.700	

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	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.400	0	0	36.400	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	563.700	563.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52479701	YANETH MONTENEGRO VARGAS	CRA 80 I 51 53 SUR	4811776	YMV78@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67344901	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$563.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52479701	MONTENEGRO VARGAS YANETH	59	0			N																	25-14	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS008	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 322202

Jueves, 12 de marzo de 2026, 11:43:33 a. m.

Detalle

$563.700
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *8333
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2026-03-12 11:41:03
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	67344901
Código Único de Seguimiento	134674317
Dirección IP:	181.142.168.218
Referencia 1:	181.142.168.218
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52479701

NOMBRE: ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ
CC. 32.828.565 DE SOLEDAD
DIRECCION: CALLE 83 # 95D-04
TELEFONO: 3248882425

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ
CC. 32.828.565 DE SOLEDAD
DIRECCION: CALLE 83 # 95D-04

Por Concepto de:	Nutricionista Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos- Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social N° 24125440820
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ
CC. 32.828.565 DE SOLEDAD

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-09, 06:11:16 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079467271

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823544143

PAGADO 08/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ		
Documento	CC32828565	**Dirección**	CL 83 #95 D - 04
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3248882425
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 32828565	ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.816.734	$ 290.700	(EPS010) EPS SURA	$ 1.816.734	$ 227.100	0,522	$ 1.816.734	$ 9.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 0	$ 290.700	$ 227.100	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.300	$ 0	$ 527.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 123317272

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: susancampo1970@gmail.com

8 de marzo de 2026 a las 10:24 a.m.

¡Hola, Rocio Susana Campo Yaniz!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 527.300

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823544143-202603-1561286. idTrans:1561286

Fecha de la transacción: 08/03/2026

CUS: 123317272

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

NOMBRE: LAURA JULIETH CUBILLOS LÓPEZ
C.C. 1.012.401.339
DIRECCION: 86G BIS # 67-21 SUR
TELEFONO: 3204929349

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LAURA JULIETH CUBILLOS LÓPEZ
C.C. 1.012.401.339
DIRECCION: 86G BIS # 67-21 SUR

Por Concepto de:	Profesional NBC en Deportes, Educación Física y Recreación - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550488427328577
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .

La Suma de: **CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHICIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.541.835)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Laura Cubillos.
LAURA JULIETH CUBILLOS LÓPEZ
C.C. 1.012.401.339

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	1012401339	LAURA JULIETH CUBILLOS LOPEZ	CRA86 G BIS N67 21 DUR	3204929349	laurac2904@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69239504	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$563.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.400	0	0	36.400	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	563.700	563.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012401339	LAURA JULIETH CUBILLOS LOPEZ	CRA86 G BIS N67 21 DUR	3204929349	laurac2904@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69239504	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$563.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1012401339	CUBILLOS LOPEZ LAURA JULIETH	59	0			N																	230301	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS037	1.816.734	30	227.100	14-11	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Laura Julieth Cubillos López!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 563.700

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 19/03/2026

CUS: 155319724

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

Scanned with CamScanner

NOMBRE: JOHAN SNEIDER HUÉRFANO LONDOÑO
CC. 1021669866
DIRECCION: Carrera 9 G Este # 21-33 Sur
TELEFONO: 320 2180045

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
JOHAN SNEIDER HUÉRFANO LONDOÑO
CC. 1021669866
DIRECCION: Carrera 9 G Este # 21-33 Sur

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social No. 24141967954
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

JOHAN SNEIDER HUÉRFANO LONDOÑO
CC. 1021669866

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 1021669866		HUERFANO LONDOÑO JOHAN ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 g este # 21-33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7663580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	153622892	9501667068	I	2026/04/17	2026/03/19	NEQUI	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1021669866 HUERFANO JOHAN																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

Scanned with CamScanner

Resumen del pago

La transacción fue **APROBADA** por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	Aportes en línea
NIT:	9999001472382
Clave de planilla:	9501667068
Periodo de pago:	2026-03
Fecha de la transacción:	2026/03/19
Valor:	508,300
Banco:	NEQUI
Dirección IP:	10.129.7.4
Código único de seguimiento (CUS):	153622892

Aceptar

Scanned with CamScanner

NOMBRE: **MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA**
CC. 1021312042
DIRECCION: Calle 17 Surr # 39-55
TELEFONO: 3143639234

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA
CC. 1021312042
DIRECCION: Calle 17 Surr # 39-55

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Colpatria No. 4662063500
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA
CC. 1021312042

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	1021312042	MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA	Calle 17 sur N39-55	3143639234	miguel1021312042@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69125944	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1021312042	MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA	Calle 17 sur N39-55	3143639234	miguel1021312042@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69125944	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1021312042	ORTIZ PEÑA MIGUEL ANGEL	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Yey! La transacción fue pagada con éxito

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
19 de marzo de 2026 a las 12:09 p. m.

CUS
153938678

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Factura de comercio
69125944

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

Scanned with CamScanner

NOMBRE: **SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ**
CC. 1031153731
DIRECCION: Carrera 34 #54 - 25sur
TELEFONO: 3143685506

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ
CC. 1031153731
DIRECCION: Carrera 34 #54 - 25sur

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Av Villas No. 085937832
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Sandra Gonzalez

SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ
CC. 1031153731

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-03, 10:07:21 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079222682

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823364533

PAGADO 03/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ		
Documento	CC1031153731	**Dirección**	CRT 34 #54 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143685506
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 1031153731	SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.400

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.400	$ 0	$ 543.400

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.

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8823364533

¿Cuánto?
$ 543.400,00

Fecha
02 de marzo de 2026 a las 06:28 p. m.

Referencia
M20809429

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

NOMBRE: **MARIA DE LOS ÁNGELES SANTA**
CC. 1023896562
DIRECCION: Transversal 14M Bis #68 - 25 Sur
TELEFONO: 3229063902

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MARIA DE LOS ÁNGELES SANTA
CC. 1023896562
DIRECCION: Transversal 14M Bis #68 - 25 Sur

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria- Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Bancolombia No. 91290127217
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

MARIA DE LOS ÁNGELES SANTA
CC. 1023896562

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-18, 04:07:28 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079839408

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823467553

PAGADO 17/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA DE LOS ANGELES SANTA		
Documento	CC1023896562	**Dirección**	TV 14MA #68 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3229063902
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023896562	MARIA DE LOS ANGELES SANTA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	1,044	$ 1.750.905	$ 18.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 552.500

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 18.300	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 552.500	$ 0	$ 552.500

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.

Powered by CamScanner

Transacción Exitosa

Comprobante de la transacción: 8823467553-202603-1595507

Referencia / PIN

8823467553

Periodo de cotización

202603

Número aprobación (CUS)

149240611

Banco

NEQUI

Valor

$ 552.500

Fecha

2026-03-17 16:47:35.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

Nuevo pago

NOMBRE: **LEIDY JOHANA CUBILLOS CORDOBA**
CC. 1022993588 de Bogotá
DIRECCION: Diagonal 50sur #53a -87
TELEFONO: 3223118771

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LEIDY JOHANA CUBILLOS CORDOBA
CC. 1022993588 de Bogotá
DIRECCION: Diagonal 50sur #53a -87

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda N° 0550488416487509
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Leidy Cubillos

LEIDY JOHANA CUBILLOS CORDOBA
CC. 1022993588 de Bogotá

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-05, 09:28:46 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080200878

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

PAGADA 2026-03-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA CUBILLOS CORDOBA				
Documento	CC 1022993588	**Dirección**	DG 50 SUR #53 A - 87 VENECIA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222406490		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022993588		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CUBILLOS CORDOBA LEIDY JOHANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0				230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.750.905	$ 9.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
114923948

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
05/03/2026

Número de aprobación
00923948

Dirección IP
181.61.247.130

Valor transacción
$ 508.300

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1022993588

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

NOMBRE: **JUAN DAVID ORTIZ QUINAYAS**
CC. 1023025893 de Bogotá
DIRECCION: CALLE 138 F SUR N° 14 52
TELEFONO: 3001955195

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
JUAN DAVID ORTIZ QUINAYAS
CC. 1023025893 de Bogotá
DIRECCION: CALLE 138 F SUR N° 14 52

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 8 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco caja social N° 24105830087
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($673.248)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Juan David Ortiz Q

JUAN DAVID ORTIZ QUINAYAS
CC. 1023025893 de Bogotá

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023025893
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN DAVID ORTIZ QUINAYAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 138 F SUR #14-52	TELÉFONO:	2009699
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6012904568**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	166448411

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.800	$ 0	$ 74.800
SUBTOTALES:										**$ 74.800**	**$ 0**	**$ 74.800**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 58.400
SUBTOTALES:													**$ 58.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.400**

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	$ 2.500	$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500
SUBTOTALES:									**$ 2.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.500**

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 1023025893	ORTIZ QUINAYAS JUAN DAVID	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.750.905				NO	23																	230301-PORVENIR	8	$ 466.908	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.800	EPS017-FAMISANAR	8	$ 466.908	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-11 - ARL SURA	8	$ 466.908	102302589	$ 2.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 135.700

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?
$ 135.700,00

Fecha
25 de marzo de 2026 a las 09:32 a. m.

Referencia
M03403458

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

NOMBRE: **LEIDY LORENA SOLANO CANTOR**
CC. 1000775226 de Bogotá
DIRECCION: CR 12G ESTE 88G 73 SUR
TELEFONO: 3194421497

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03-01**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LEIDY LORENA SOLANO CANTOR
CC. 1000775226 de Bogotá
DIRECCION: CR 12G ESTE 88G 73 SUR

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 09 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Bancolombia No. 40200039973
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE. ($1.851.432)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de Marzo 2026

Atentamente,

Leidy Solano.
LEIDY LORENA SOLANO CANTOR
CC. 1000775226 de Bogotá

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 04:02:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080645087

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824004007

PAGADO 20/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY LORENA SOLANO CANTOR		
Documento	CC1000775226	**Dirección**	CR 12G ESTE #88 G - 73 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3194421497
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 1000775226	LEIDY LORENA SOLANO CANTOR	59	00	X																0	22	22	22	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.283.997	$ 205.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.283.997	$ 160.500	0,522	$ 1.283.997	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.283.997	$ 1.283.997	$ 1.283.997	$ 0	$ 205.500	$ 160.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.800	$ 0	$ 372.800

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.

Comprobante de pago

Pago en Servicios

ID Transacción Puntored
Ae67eca1f1

Comercio
Pila Planilla Asistida Simple

Valor
$ 372.800,00

Fecha
20 de marzo de 2026 a las 04:10 p. m.

Referencia
M14304686

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

NOMBRE: ALEJANDRA CAMILA BERMUDEZ JIMENEZ
CC. 1.001.167.768 de Bogotà
DIRECCION: Carrera 74i #60a-64 sur
TELEFONO: 3134380925

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ALEJANDRA CAMILA BERMUDEZ JIMENEZ
CC. 1.001.167.768 de Bogotà
DIRECCION: Carrera 74i #60a-64 sur

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda N° 0550488434887581
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.
NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

A. Camila BJ

ALEJANDRA CAMILA BERMUDEZ JIMENEZ
CC. 1.001.167.768 de Bogotà

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	1001167768	ALEJANDRA CAMILA BERMUDEZ JIMENEZ	Cra 74I 60A 64 sur	3134380925	alejanvnjb@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69133371	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001167768	ALEJANDRA CAMILA BERMUDEZ JIMENEZ	Cra 74I 60A 64 sur	3134380925	alejanvnjb@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69133371	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001167768	BERMUDEZ JIMENEZ ALEJANDRA CAMILA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
154035847

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
19/03/2026

Número de aprobación
00035847

Dirección IP
181.53.14.26

Valor transacción
$ 508.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.53.14.26	CC	1001167768

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

NOMBRE: PILAR SIERRA TORRALBA
CC. 52374330 DE BOGOTÁ
DIRECCION: Carrera 7 80 20
TELEFONO: 3142222786

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2026-03

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
PILAR SIERRA TORRALBA
CC. 52374330 DE BOGOTÁ
DIRECCION: Carrera 7 80 20

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550488411558379
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Pilar Sierra T.

PILAR SIERRA TORRALBA
CC. 52374330 DE BOGOTÁ

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52374330
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PILAR SIERRA TORRALBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 75A SUR 14 42 1	TELÉFONO:	2001151
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6007979592**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		126216628	

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

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 52374330	SIERRA TORRALBA PILAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	52374330	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Scanned with CamScanner

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Fecha
09 de marzo de 2026 a las 03:31 p. m.

Referencia
M12296108

¿De dónde salió la plata?
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

Scanned with CamScanner

NOMBRE: ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA
CC. 1022416242 DE BOGOTÁ
DIRECCION: Diagonal 65g sur # 80L-38
TELEFONO: 3227748989

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2026-03

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA
CC. 1022416242 DE BOGOTÁ
DIRECCION: Diagonal 65g sur # 80L-38

Por Concepto de:	Técnico administrativo o de gestión documental y archivo-Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda No. 0550488452954768
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($2.524.680)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Anyie Tatiana Barajas A

ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA
CC. 1022416242 DE BOGOTÁ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-30, 12:23:14 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079266213

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823594724

PAGADA 02/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA		
Documento	CC1022416242	Dirección	CL 80I #91 - 90
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227748989
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022416242	ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA	59	0																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$1,750,905	$280,200	(EPS005) EPS SANITAS	$1,750,905	$218,900	0.522	$1,750,905	$9,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$508,300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$9,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$508,300	$0	$508,300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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


DAVIplata
PAGO DE SERVICIO O CONVENIO
DaviPlata ******8989
Transacción exitosa
Fecha y hora: 02-03-2026 09:23 pm
N° Aprobación: 305142
Valor
$508.300,00
Nombre de la transacción
Pago de servicio o convenio
Motivo
Banco Davivienda S.A.
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NOMBRE: YISNEYS VEGA JARAMILLO
CC. 1067903224
DIRECCION: Calle 61 A Sur # 81D - 31
TELEFONO: 3209735435

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2026-03

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
YISNEYS VEGA JARAMILLO
CC. 1067903224
DIRECCION: Calle 61 A Sur # 81D - 31

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 0392267662
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

YISNEYS VEGA JARAMILLO
CC. 1067903224

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-05, 04:03:54 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 84190790

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

PAGADA 2026-03-05 16:02:36.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YISNEYS VEGA JARAMILLO				
Documento	CC 1067903224	**Dirección**	CL 61A SUR #81 D - 31 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7151412		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1067903224		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					VEGA JARAMILLO YISNEYS	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0				$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.750.905	$ 9.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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.

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
116315749

Destino de pago
ENLACE OPERATIVO S.A.

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
05/03/2026

Número de aprobación
00315749

Dirección IP
186.194.62.114

Valor transacción
$ 508.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1067903224

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.
DAVIVIENDA

Powered by CamScanner

NOMBRE: **LUZ ESPERANZA RIOS TORRES**
CC. 53891712 DE SOACHA
DIRECCION: CALLE 45 # 10-09
TELEFONO: 3150833330

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03-01**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LUZ ESPERANZA RIOS TORRES
CC. 53891712 DE SOACHA
DIRECCION: CALLE 45 # 10-09

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 03 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550456800075628
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CINENTO DIECINUEVE PESOS M/CTE. ($2.198.119)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de Marzo 2026

Atentamente,

LuzEsperanza Rios T

LUZ ESPERANZA RIOS TORRES
CC. 53891712 DE SOACHA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-25, 09:57:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080697122

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824008235

PAGADO 25/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ESPERANZA RIOS TORRES		
Documento	CC53891712	**Dirección**	CL 45 #10 - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3046510334
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**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 53891712	LUZ ESPERANZA RIOS TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Comprobante
Pago de servicio

ID PDV: 62321
Fecha: 2026/03/24 16:03:22

Convenio: PLANILLA ASISTIDA
(Planilla Asistida Simple)
Código de convenio: 1136
Referencia de pago: 8824008235
Núm apro/recibo: 472134
Trx: 2484119626
Terminal Aval: 7915
Valor: $508.300,00
Estado: Exitosa

El costo de esta transaccion es $0
Linea de atencion al cliente Bogotá 7432626
Nacional 018000 65 2825
La transacción es realizada por la plataforma
El pago de convenios es efectuado por
Banco de Bogotá

NOMBRE: **HECTOR HERNAN NEISSA QUINCHANEGUA**
C.C 79.046.934
DIRECCION: CALLE 8 SUR # 16A 157
TELEFONO: 3026303416

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03-01**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
HECTOR HERNAN NEISSA QUINCHANEGUA
C.C 79.046.934
DIRECCION: CALLE 8 SUR # 16A 157

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 03 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social No. 24153859614
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CINENTO DIECINUEVE PESOS M/CTE. ($2.198.119)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

HECTOR HERNAN NEISSA QUINCHANEGUA
C.C 79.046.934

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-30, 11:37:44 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080619322

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8824001647

PAGADA 20/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HECTOR HERNAN MEISSA QUINCHANEGUA		
Documento	CC79046934	Dirección	CL 8 SUR #16 - 157
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3026303416
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79046934	HECTOR HERNAN NEISSA QUINCHANEGUA	59	0	X																0	28	28	28	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,634,178	$261,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,634,178	$204,300	0.522	$1,634,178	$8,600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$474,400

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
$1,634,178	$1,634,178	$1,634,178	$0	$261,500	$204,300	$8,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$474,400	$0	$474,400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Transacción Exitosa

Comprobante de la transacción: 8824001647-202603-1602600

Referencia / PIN

8824001647

Periodo de cotización

202603

Número aprobación (CUS)

155926447

Banco

NEQUI

Valor

$ 474.400

Fecha

2026-03-20 09:06:05.0

Respuesta

NOMBRE: MARISELA RIVERA REAL
CC. 52.457.758 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CALLE 157 # 49A 57
TELEFONO: 3209109326

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03-01**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MARISELA RIVERA REAL
CC. 52.457.758 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CALLE 157 # 49A 57

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 12 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 0392245437
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE. ($1.491.581)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Marisela Rivera Real

MARISELA RIVERA REAL
CC. 52.457.758 DE BOGOTÁ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-12, 09:58:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079329078

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822932006

PAGADO 12/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARISELA RIVERA REAL		
Documento	CC52457758	**Dirección**	CL 49B SUR #9 A - 56
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209109326
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 52457758	MARISELA RIVERA REAL	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8822932006

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Fecha
11 de marzo de 2026 a las 08:06 p. m.

Referencia
M19985043

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

NOMBRE: ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC.52242816
DIRECCION: TV 20d # 61-30 sur
TELEFONO: 3116840511

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52.242.816
DIRECCION: TV 20d # 61-30 sur

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco de Bogotá N° 450220744
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Rosa Vega
ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52242816

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que VEGA ARTEAGA ROSA IDALIDES identificado(a) con CC 52242816 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA identificado(a) con CC 52242816

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9501800025	157680011	I	2026-03-24	EPS	EPSC34	CAPITAL SALUD	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	12.5%	$218,900
9501800025	157680011	I	2026-03-24	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	16%	$280,200
9501800025	157680011	I	2026-03-24	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																		$0
9501800025	157680011	I	2026-03-24	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																		$0
9501800025	157680011	I	2026-03-24	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																	0%	$0
9501800025	157680011	I	2026-03-24	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																	0%	$0
9501800025	157680011	I	2026-03-24	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	1.044%	$18,300

Este certificado se expide el día 2026-03-20 a las 06:33.

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 52242816		VEGA ARTEAGA ROSA IDALIDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 58 Sur #19B-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1781941	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	157680011	9501800025	I	2026/04/08	2026/03/24	NEQUI	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
1	CC	52242816 VEGA ROSA																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 517.400,00

Fecha
20 de marzo de 2026 a las 06:31 p. m.

Referencia
M18694577

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

NOMBRE: **FRANCO ARNULFO FAJARDO**
CC. 1022941716
DIRECCION: Calle 75 Sur # 10 - 13
TELEFONO: 3227843729

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
FRANCO ARNULFO FAJARDO
CC. 1022941716
DIRECCION: Calle 75 Sur # 10 - 13

Por Concepto de:	Operario de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social N° 24113463697
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYO LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Franco Fajardo
FRANCO ARNULFO FAJARDO
CC. 1022941716

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 12:18:02 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079803841

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823458089

PAGADA 17/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCO ARNULFO FAJARDO CABRERA		
Documento	CC1022941716	Dirección	CR 4A #101 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3143082940
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022941716	FRANCO ARNULFO FAJARDO CABRERA	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1,750,905	$280,200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1,750,905	$218,900	0.522	$1,750,905	$9,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$508,300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$9,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$508,300	$0	$508,300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9634613123 DV: 000158
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 17/03/2026 10:54:58
PAP: 905792
Nombre: FRANCO
Apellido 1: ARNULFO
NUM PLANILLA: 8823458089
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1022941716
PERIODO: 202603
Referencia: 8823458089Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

NOMBRE: **CAROLINA DEL PILAR VELANDIA CASTRO**
CC. 52479280
DIRECCION: Calle 80 Bis sur # 94 - 80
TELEFONO: 3107782371

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
CAROLINA DEL PILAR VELANDIA CASTRO
CC. 52479280
DIRECCION: Calle 80 Bis sur # 94 - 80

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Confiar Cooperativa N° 980035976
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

CAROLINA DEL PILAR VELANDIA CASTRO
CC. 52479280

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 52479280		VELANDIA CASTRO CAROLINA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 80 BIS SUR N 95 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001122	9501530607	I	2026/04/21	2026/03/17	BANCO DE BOGOTA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC 52479280	VELANDIA CAROLINA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$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 52479280		VELANDIA CASTRO CAROLINA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 80 BIS SUR N 95 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001122	9501530607	I	2026/04/21	2026/03/17	BANCO DE BOGOTA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

Be 20

TRANSACCIÓN REALIZADA POR BEMOVIL

FECHA	17/03/26 14:37:47
PRODUCTO	PAGO DE PLANILLAS
ID PDV	336522
NOMBRE COMERCIO	DON PAGO EXPRESS
SUBPRODUCTO	PLANILLA AS APORTES EN LINEA (1506)
ID TRANSACCIÓN	019CFD4D
COD. APROBACIÓN	202603171437443743 68
ID INCOCREDITO	349828
TERMINAL AVAL	7948
NUM APRO/RECIBO	019CFD4D-D622-767C-96CF-316D472EEA3E
REFERENCIA DE PAGO	9501530607
REFERENCIA DE PAGO	9501530607
COSTO	$0
VALOR	$508,300
ESTADO	APROBADA

PAGO DE CONVENIO REALIZADO POR BANCO DE BOGOTÁ. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE. BOGOTÁ 7432626 / NACIONAL 018000512825 ID INCOCREDITO: 349828 NUM APRO/RECIBO: 019CFD4D-D622-767C-96CF-316D472EEA3E

Powered by CamScanner

NOMBRE: **NUBIA PATRICIA RAMIREZ SUAREZ**
CC. 52037092
DIRECCION: Calle 75 Sur # 10 - 13
TELEFONO: 3153510615

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NUBIA PATRICIA RAMIREZ SUAREZ
CC. 52037092
DIRECCION: Calle 75 Sur # 10 - 13

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 392245122
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Nubia Patricia Ramirez Suarez

NUBIA PATRICIA RAMIREZ SUAREZ
CC. 52037092

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 52037092		RAMIREZ SUAREZ NUBIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 75 SUR#1 A 87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6800144	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93003736	9500913050	I	2026/04/23	2026/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	52037092	RAMIREZ NUBIA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$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 52037092		RAMIREZ SUAREZ NUBIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 75 SUR#1 A 87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6800144	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93003736	9500913050	I	2026/04/23	2026/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9633961009 DV: 461473
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 12/03/2026 12:45:22
PAP: 905792
Nombre: NUBIA
Apellido 1: NAA
NUM PLANILLA: 9500913050
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52037092
PERIODO: 202603
Referencia: 9500913050Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

NOMBRE: INES MATILDE SOLANO JIMENEZ
CC.1.067.876.090
DIRECCION: CALLE 61A SUR # 81B-31
TELEFONO: 3217193281

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
INES MATILDE SOLANO JIMENEZ
CC.1.067.876.090
DIRECCION: CALLE 61A SUR # 81B-31

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 31 de Marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Bancolombia N° 33758885068
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .

La Suma de: **DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO VENTIOCHO PESOS M/CTE. ($2.355.128)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Ines Solano J
INES MATILDE SOLANO JIMENEZ
CC. 1.067.876.090

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-04, 06:54:07 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 84148207

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

PAGADA 2026-03-04 16:02:54

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INES MATILDE SOLANO JIMENEZ				
Documento	CC 1067876090	**Dirección**	CL 61A SUR #81 D - 31		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2307545		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1067876090		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					SOLANO JIMENEZ INES MATILDE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS041		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.750.905	$ 9.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
113006763

Destino de pago
ENLACE OPERATIVO S.A.

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
04/03/2026

Número de aprobación
00006763

Dirección IP
186.194.62.114

Valor transacción
$ 508.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1067876090

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

NOMBRE: ASLIE LEANDRO MORENO SIERRA
CC. 1022934886
DIRECCION: Carrera 7 # 80 - 20
TELEFONO: 3102803162

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
ASLIE LEANDRO MORENO SIERRA
CC. 1022934886
DIRECCION: Carrera 7 # 80 - 20

Por Concepto de:	Operario de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 08 de marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550488444826025
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($628.034)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

Leandro Moreno Sierra
ASLIE LEANDRO MORENO SIERRA
CC. 1022934886

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022934886
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASLIE LEANDRO MORENO SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 70 #80-20SUR	TELÉFONO:	2001151
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011797891**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	138236300
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6007978456	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/03/04

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 65.400	$ 0	$ 65.400
SUBTOTALES:										**$ 65.400**	**$ 0**	**$ 65.400**

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	$ 51.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.100	$ 0	$ 0	$ 51.100
SUBTOTALES:													**$ 51.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 51.100**

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	$ 2.100	$ 2.100	$ 0	$ 0	$ 2.100
SUBTOTALES:									**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.100**

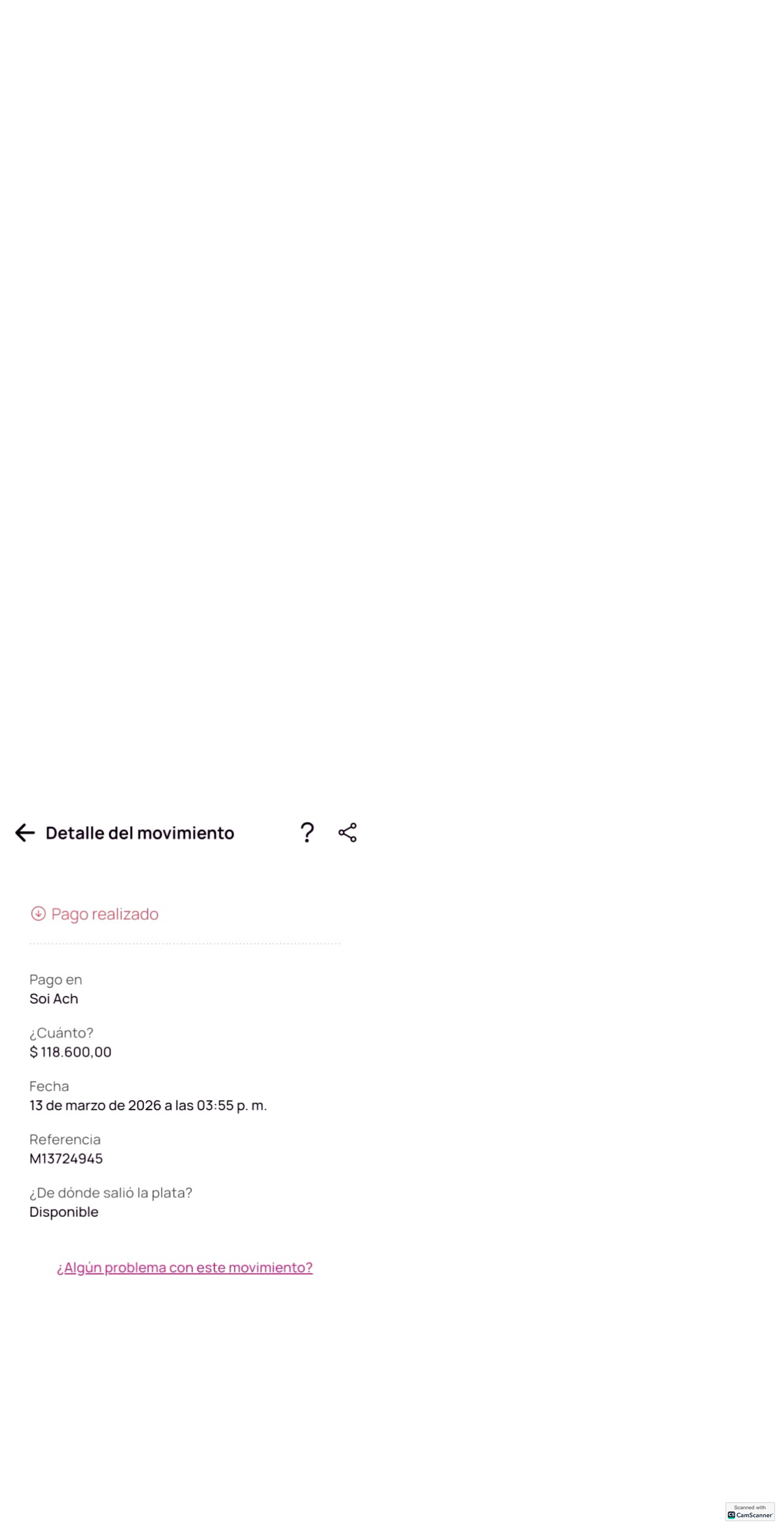
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

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	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1022934886	MORENO SIERRA ASLIE LEANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		01					A										25-14 COLPENSIONES	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 58.364	$ 7.300	$ 0	$ 7.300	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364	102293488	$ 400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1022934886	MORENO SIERRA ASLIE LEANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		08					C										25-14 COLPENSIONES	8	$ 466.908	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.800	EPS002-SALUD TOTAL	8	$ 466.908	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-11 - ARL SURA	8	$ 466.908	102293488	$ 2.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1022934886	MORENO SIERRA ASLIE LEANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		08					R										25-14 COLPENSIONES	7	$ 408.544	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.400	EPS002-SALUD TOTAL	7	$ 408.544	$ 51.100	$ 0	$ 51.100	14-11 - ARL SURA	7	$ 408.544	102293488	$ 2.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 118.600

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner


Detalle del movimiento
Pago realizado
Pago en
Soi Ach
¿Cuánto?
$ 118.600,00
Fecha
13 de marzo de 2026 a las 03:55 p. m.
Referencia
M13724945
¿De dónde salió la plata?
Disponible
¿Algún problema con este movimiento?

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022934886
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASLIE LEANDRO MORENO SIERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 70 #80-20SUR	TELÉFONO:	2001151
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6007978456**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		111425050

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:										**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 9.400**

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	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 7.300
SUBTOTALES:													**$ 7.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.300**

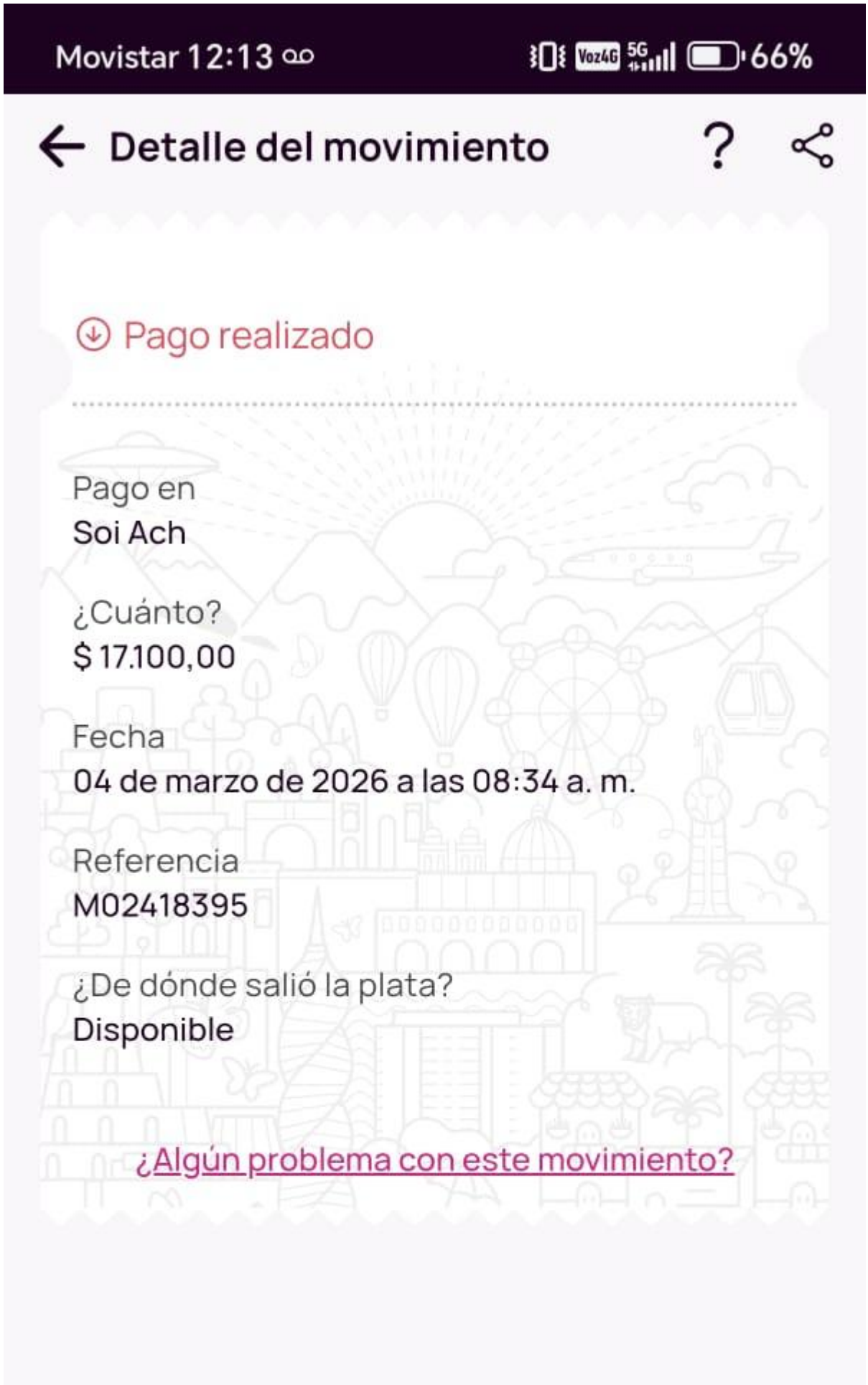
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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	$ 400	$ 400	$ 0	$ 0	$ 400
SUBTOTALES:									**$ 400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 400**

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 1022934886	MORENO SIERRA ASLIE LEANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		01															25-14 COLPENSIONES	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 58.364	$ 7.300	$ 0	$ 7.300	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364	102293488	$ 400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 17.100


Movistar 12:13
66%
Detalle del movimiento
Pago realizado
Pago en
Soi Ach
¿Cuánto?
$ 17.100,00
Fecha
04 de marzo de 2026 a las 08:34 a. m.
Referencia
M02418395
¿De dónde salió la plata?
Disponible
¿Algún problema con este movimiento?

NOMBRE: **NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA**
CC. 1001060574 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CALLE 48 Z BIS # 5D 26
TELEFONO: 3232516120

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-03-01**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA
CC. 1001060574 DE BOGOTÁ
DIRECCION: CALLE 48 Z BIS # 5D 26

Por Concepto de:	Operario de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 11 al 31 de marzo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0570488471689130
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**MILLON QUINIENTOS SETENTA MIL OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE. ($1.570.085)**

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET, pertenezco al Régimen Simplificado y no soy Responsable de IVA.

NOTA: Si autoriza a otra persona, especificar en la cuenta los siguientes datos: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco, cédula y nombre completo.

Bogotá, 31 de marzo 2026

Atentamente,

NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA
CC. 1001060574 DE BOGOTÁ

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA
No. Identificación: CC1001060574
Dirección: CL 48Z BIS 5D 26
Telefono: 3232516120
Correo: roldanniko31@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369163894

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA
Tipo y número de identificación	CC1001060574
Número de planilla	8369163894
Fecha pago	2026-03-19
Número de autorización pago	81766447
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	338900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	186800	1
EPS008	Compensar EPS	146000	1

8369163894

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1001060574
APELLIDOS Y NOMBRES: NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1167270	1167270	1167270	0	146000	0	186800	0	6100	0

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

Detalle del movimiento

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Compensar

Número de planilla
8369163894

¿Cuánto?
$ 338.900,00

Fecha
19 de marzo de 2026 a las 02:22 p. m.

Referencia
M11183623

¿De dónde salió la plata?
Disponible