**NOMBRE: DISNEYLA DIAZ CADENA**
**CC. 37.943.876**
**DIRECCION: LA CALLE 166 No. 8D-44 TORRE 3 apto.101**
**TELEFONO: 3213246170**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: DISNEYLA DIAZ CADENA
CC. 37.943.876
DIRECCION: LA CALLE 166 No. 8D-44 TORRE 3 apto.101

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Coordinadora Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°0142315043 del Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE. ($5.451.750) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE: DISNEYLA DIAZ CADENA
CC. 37.943.876

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2909**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | DISNEYLA DIAZ CADENA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 37943876 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 166 8 D 44 TO 3 AP 101 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3213246470 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | disneylad@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | COORDINADORA CENTRO BATAN N 7462/21 GRATITUD GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 5.451.750 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 5.451.750 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 5.451.750 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 5.451.750 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 52.664 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 5.399.086 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:11:15**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 37943876 | Disneyla Diaz Cadena | CL 166 # 8 D - 44 Torre 3 Apt 101 | 3213246470 | disneyladiaz@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70446138 | $633.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| MIN002 | MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud | 901037916-1 | 272.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 272.600 | 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 | 349.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 349.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 11.400 | | | | 11.400 | 0 | 0 | 11.400 | | | 114 | 11.400 | 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 | 272.600 | 272.600 |
| Pensión | 1 | 349.000 | 349.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.400 | 11.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 633.000 | 633.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 37943876 | Disneyla Diaz Cadena | CL 166 # 8 D - 44 Torre 3 Apt 101 | 3213246470 | disneyladiaz@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70446138 | $633.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 37943876 | Diaz Cadena Disneyla | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.180.700 | 349.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | MIN002 | 2.180.700 | 272.600 | 14-11 | 2.180.700 | 1 | 11.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**NOMBRE: ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA**
**CC.1.023.941.616 de Bogota**
**DIRECCION: Carrera 1 No. 25-38 Soacha**
**TELEFONO:3192038748**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA
CC.1.023.941.616 de Bogota
DIRECCION: Carrera 1 No. 25-38 Soacha

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | **Cuenta de ahorros No. 053815168 Banco Av Villas** |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Carolina Ramirez
NOMBRE: ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA
CC.1.023.941.616 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2913**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1023941616 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | cra1 #25-38 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 31194321074 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | notiene@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL JEFE ENFERMERIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:15:31**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

**_____C.C._____**

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

**Señor(a):** ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA
**No. Identificación:** CC1023941616
**Dirección:** CARRERA 1 NUMERO 25-38
**Telefono:** 2896425
**Correo:** acramirez@fucsalud.edu.co
**Ciudad:** SOACHA
**Número de Planilla:** 8370310257

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023941616 |
| **Número de planilla** | 8370310257 |
| **Fecha pago** | 2023-09-15 |
| **Número de autorización pago** | 70310257 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 543300 |
| **Total Intereses de Mora** | 5400 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 9800 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 299500 | 1 |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 234000 | 1 |

8370310257

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023941616
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE CAROLINA RAMIREZ VELANDIA

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS001 | 25-14 | 1852881 | 1852881 | 1852881 | 0 | 231700 | 0 | 296500 | 0 | 9700 | 0 |

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

**NOMBRE: JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES**
**CC. 1.012.449.095 de Bogota**
**DIRECCION:Carrera 81 C No. 82 b 08 sur**
**TELEFONO: 311 5145430**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A

NOMBRE: JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES
CC. 1.012.449.095 de Bogota
DIRECCION:Carrera 81 C No. 82 b 08 sur

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Nutricion Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 91212330618 Bancolombia |
| Nombre del contrato, número del contrato, y | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202) |

NOTA: El presente es un documento equivalente a la factura de venta según el Art.616-2 ET. De acuerdo al Art. 499 ET,
NOTA: si autoriza a otra persona especificar en la cuenta los siguientes datos numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE: JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES
CC. 1.012.449.095 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2917**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1012449095 2 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 39 BIS A 28 21 AP302 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3115145430 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | julianakcastro@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL EN NUTRICION GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:21:46**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

**_____C.C._____**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1012449095 | JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES | Cra 81 c # 82 b 08 sur | 4490590 | katherinecastro120@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 04/09/2023 | 69983921 | $537.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 231.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 231.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 296.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 296.500 | 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 | 9.700 | | | | 9.700 | 0 | 0 | 9.700 | | | 97 | 9.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 231.700 | 231.700 |
| Pensión | 1 | 296.500 | 296.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 537.900 | 537.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1012449095 | JULIANA KATHERINE CASTRO BENAVIDES | | Cra 81 c # 82 b 08 sur | 4490590 | katherinecastro120@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 04/09/2023 | 69983921 | $537.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1012449095 | CASTRO BENAVIDES JULIANA KATHERINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.852.881 | 296.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.852.881 | 231.700 | 14-11 | 1.852.881 | 1 | 9.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**NOMBRE: DIEGO ANDRES NOVA DIAZ**
**CC. 1.016.069.575**
**DIRECCION: Calle 70 No. 96 -34 casa 86**
**TELEFONO: 3002182991**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: DIEGO ANDRES NOVA DIAZ
CC. 1.016.069.575
DIRECCION: Calle 70 No. 96 -34 casa 86

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Psicologia Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 62791763318 del Bancolombia |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE: DIEGO ANDRES NOVA DIAZ
CC. 1.016.069.575

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2918**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | DIEGO ANDRES NOVA DIAZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1016069575 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRARRERA 96 23 H 59 IN 2 AP 501 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3015361308 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | diegonova@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PSICOLOGO CPS 7462/2021 GRATITUD BATAN GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:23:54**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

**_____C.C._____**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1016069575 | | NOVA DIAZ DIEGO ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 70 # 96 - 34 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 2023090412054866641 9 | 9455649800 | I | 2023/09/18 | 2023/09/04 | BANCO AV VILLAS | 0 | $537,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,853,000 | $296,500 | | | $1,853,000 | $231,700 | | | $0 | $0 | | | $1,853,000 | $9,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,853,000 | $296,500 | | | $1,853,000 | $231,700 | | | $0 | $0 | | | $1,853,000 | $9,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,853,000 | $296,500 | | | $1,853,000 | $231,700 | | | $0 | $0 | | | $1,853,000 | $9,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1016069575 | NOVA DIEGO | 231001 | 30 | $1,853,000 | $296,500 | EPS005 | 30 | $1,853,000 | $231,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,853,000 | $9,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,853,000 | $296,500 | | | $1,853,000 | $231,700 | | | $0 | $0 | | | $1,853,000 | $9,700 | | $0 | $0 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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 1016069575 | | NOVA DIAZ DIEGO ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 70 # 96 - 34 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 20230904120548666419 | 9455649800 | I | 2023/09/18 | 2023/09/04 | BANCO AV VILLAS | 0 | $537,900 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $296,500 | $0 | $0 | $296,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $296,500 | $0 | $0 | $296,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,700 | $0 | $0 | $9,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $9,700 | $0 | $0 | $9,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $231,700 | $0 | $0 | $231,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $231,700 | $0 | $0 | $231,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $537,900 | $0 | $0 | $537,900 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

**NOMBRE:MARTHA FERNANDA JIMENEZ**
**CC: 52.771.453.**
**DIRECCION:Diagonal 24 No.38 - 67**
**TELEFONO: 319 5840130**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:MARTHA FERNANDA JIMENEZ
CC: 52.771.453.
DIRECCION:Diagonal 24 No.38 - 67

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesionalen en Trabajo Social Comunidad Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de Ahorros N°0392245726 banco BBWA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:MARTHA FERNANDA JIMENEZ
CC: 52.771.453.

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2919**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | MARTHA FERNANDA JIMENEZ GONZALEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52771453 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | DG 21 38 67 TO 16 AP 202 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3202973316 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | mfernanda@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROF TRABAJO SOCIAL CENTRO GRATITUD BATAN CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:25:51**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

**_____C.C._____**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | MARTHA FERNANDA JIMENEZ GONZALEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-52771453 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-13 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-13 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-05 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626495882 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8699784282 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 1.852.881 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 231.700 | $ 231.700 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 1.852.881 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 296.500 | $ 296.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.852.881 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.700 | $ 9.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 537.900 | $ 537.900 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 12/10/2023 |

**NOMBRE:JOHANNA LOPEZ ROJAS**
**CC. 1.016.047.191 de Bogotá**
**DIRECCION: Calle 75 B No. 64 - 14**
**TELEFONO: 314 286 4307**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:JOHANNA LOPEZ ROJAS
CC. 1.016.047.191 de Bogotá
DIRECCION: Calle 75 B No. 64 - 14

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Fisioterapia Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0570466170015575 Davivienda |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Johanna López Rojas

NOMBRE:JOHANNA LOPEZ ROJAS
CC. 1.016.047.191 de Bogotá

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2920**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | JOHANNA LOPEZ ROJAS | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1016047191 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 75 B 64 14 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3142864307 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | johannalr@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA COMUNIDAD GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:28:38**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

**_____C.C._____**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1016047191 | JOHANNA LOPEZ ROJAS | calle 75 b # 64-14 | 5430038 | FTJOHANNA.LOPEZ@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70550427 | $575.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 231.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 231.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 296.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 296.500 | 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 | 9.700 | | | | 9.700 | 0 | 0 | 9.700 | | | 97 | 9.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 37.100 | 0 | 0 | 37.100 | 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 | 231.700 | 231.700 |
| Pensión | 1 | 296.500 | 296.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.700 |
| CCF | 1 | 37.100 | 37.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 575.000 | 575.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016047191 | JOHANNA LOPEZ ROJAS | | calle 75 b # 64-14 | 5430038 | FTJOHANNA.LOPEZ@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70550427 | $575.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1016047191 | LOPEZ ROJAS JOHANNA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.852.881 | 296.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.852.881 | 231.700 | 14-23 | 1.852.881 | 1 | 9.700 | CCF22 | 1.852.881 | 37.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**NOMBRE:ANGELA MARIA RICO PINILLA**
**CC.52.823.224 de Bogota**
**DIRECCION: Carrera 11 No. 67-09 Sur**
**TELEFONO: 3144268244**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:ANGELA MARIA RICO PINILLA
CC.52.823.224 de Bogota
DIRECCION: Carrera 11 No. 67-09 Sur

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Gerontologia Comunidad Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | cuenta de ahorros No. 91214956786 del Bancolombia |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:ANGELA MARIA RICO PINILLA
CC.52.823.224 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2921**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | ANGELA MARIA RICO PINILLA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52823224 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRA 11 67 A 09 SUR IN 4 AP 204 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 7899393 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | angelarico@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL EN SERV GERONTOLOGIA .A GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:30:39**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

_____**C.C.**_____

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

**Señor(a):** ANGELA MARIA RICO PINILLA
**No. Identificación:** CC52823224
**Dirección:** KR 11 NO 67 A 09 SUR BR POPRVENIR
**Telefono:** 3000000000
**Correo:** envejezeractivo@hotmail.es
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 70184770

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | ANGELA MARIA RICO PINILLA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC52823224 | **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Número de planilla** | 70184770 | **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-09-15 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 1521818 | **Total Pagado** | 580200 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 5200 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 9800 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 299100 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 37500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 233800 | 1 |

70184770

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52823224
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGELA MARIA RICO PINILLA

| 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 | 230301 | 1852881 | 1852881 | 1852881 | 1852881 | 231700 | 0 | 296500 | 0 | 9700 | 37100 |

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

**NOMBRE: FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ**
**CC. 1.023.866.670 de Bogota**
**DIRECCION: Calle 10 Sur No. 6-92 este**
**TELEFONO: 3023802677**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

NOMBRE: FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ
CC. 1.023.866.670 de Bogota
DIRECCION: Calle 10 Sur No. 6-92 este

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Profesional en Terapia Ocupacional Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0175620921 del banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE. ($4.632,202)**

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE: FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ
CC. 1.023.866.670 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2922**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1023866670 6 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRA 24 47 A 61 SUR TO 8 AP 118 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3023802677 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | francyjul@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 4.632.202 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 4.632.202 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 4.632.202 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 4.632.202 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 44.747 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 4.587.455 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:32:35**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-20, 09:46:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057135563

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8859569070

**PAGADO 20/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ | | |
| **Documento** | CC1023866670 | **Dirección** | CR 7 #6 - 16 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3023802677 |
| **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 1023866670 | FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.852.880 | $ 296.500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.852.880 | $ 231.700 | 2,436 | $ 1.852.880 | $ 45.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 573.400 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.852.880 | $ 1.852.880 | $ 1.852.880 | $ 0 | $ 296.500 | $ 231.700 | $ 45.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 573.400 | $ 1.400 | $ 574.800 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Wind

YENNIFER.pdf - Adobe Acrobat Reader (64-bit)

**LUISA FERNANDA SANCHEZ PEREZ**
**C.C.:53,177,245 de Bogota**
**DIRECCION: Carrera 4 No. 26 B 70**
**TELEFONO 3124048780**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LUISA FERNANDA SANCHEZ PEREZ
C.C.:53,177,245 de Bogota
DIRECCION: Carrera 4 No. 26 B 70

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tallerista en artes y oficios Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0570473870211898 Banco Davivienda |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

LUISA FERNANDA SANCHEZ PEREZ
C.C.:53,177,245 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2923**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | LUISA FERNANDA SANCHEZ PEREZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 53177245 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 157 25 54 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | luibos6@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:36:31**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53177245 | | SANCHEZ PEREZ LUISA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | VEREDA RIO FRIO EL BOTE EL PENSAMIENTO | TABIO-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 50459310 | 9451488795 | I | 2023/09/13 | 2023/09/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 10 | $346,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: TABIO Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 53177245 | SANCHEZ LUISA | 231001 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $12,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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 53177245 | | SANCHEZ PEREZ LUISA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | VEREDA RIO FRIO EL BOTE EL PENSAMIENTO | TABIO-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 50459310 | 9451488795 | I | 2023/09/13 | 2023/09/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 10 | $346,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $2,200 | $0 | $187,800 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $185,600 | $2,200 | $0 | $187,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $12,200 | $200 | $0 | $12,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 860,011,153 | 6 | 1 | $12,200 | $200 | $0 | $12,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $1,700 | $0 | $146,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $145,000 | $1,700 | $0 | $146,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $342,800 | $4,100 | $0 | $346,900 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

**NOMBRE: SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN**
**CC. 52.316.014 de Bogota**
**DIRECCION: Calle 39 Sur No. 72 N 42 Carimagua**
**TELEFONO: 3208265486**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN
CC. 52.316.014 de Bogota
DIRECCION: Calle 39 Sur No. 72 N 42 Carimagua

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Operativo de Comunidad Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 392267712 del Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

SANDRA MORALES
NOMBRE: SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN
CC. 52.316.014 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2924**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52316014 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 98 BIS 65 09 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3208712113 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | sandrammarroquin@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO OPERATIVO GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 0

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

**Fecha y Hora de Generación: 28/09/2023 16:39:13**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52316014 | SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN | CALLE 39 SUR N 72N 42 | 9321557 | MORALESMARROQUINSANDRAMILENA@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70528727 | $336.700 | |

## 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 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 6.100 | | | | 6.100 | 0 | 0 | 6.100 | | | 61 | 6.100 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.100 | 6.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 336.700 | 336.700 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52316014 | SANDRA MILENA MORALES MARROQUIN | | CALLE 39 SUR N 72N 42 | 9321557 | MORALESMARROQUINSANDRAMILENA@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 01/09/2023 | 70528727 | $336.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52316014 | MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 1 | 6.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Bogotá, septiembre 13 del 2023

Señores:
**Asociación de hogares si a la vida**
Ciudad

**Referencia: Autorización**

Por medio del presente documento los autorizo para que me descuentes el valor mensual de $166.667 de mis honorarios como pago del préstamo que me otorgaron en el mes de marzo según carta de solicitud del 28 de febrero del 2023

Atentamente,

Sandra Morales

**SANDRA MILENA MORALES M.**
**C.C.52.316.014**
**Celular 3208265486**

Bogotá, febrero 28 de 2023

**Señores:**
**ASOCIACIÓN DE HOGARES SI A LA VIDA**
**ATN: SRA VIVIANA CAROLINA MELO**
**Ciudad**

**Respetados Señores:**

Por medio de la presente me permito solicitarle el favor de hacerme un préstamo de $2.000.000 para descontar por nomina en el término de un año.

12 Cuotas
166.667

Agradeciendo su cordial atención en la presente

Atentamente,

SANDRA MORALES
**SANDRA MILENA MORALES**
**C.C.52.316.014 de Bogotá**

Escaneado con CamScanner

**NOMBRE:HERIBERTO BARBOSA ORTIZ**
**C.C.: 13.954.494 de Velez**
**DIRECCION: Carrera 14 No. 49 -55 Apartamento 814**
**TELEFONO:** 314 2314533

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:HERIBERTO BARBOSA ORTIZ
C.C.: 13.954.494 de Velez
DIRECCION: Carrera 14 No. 49 -55 Apartamento 814

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico en Regencia de Farmacia Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 24102273553 del banco Caja Social |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:HERIBERTO BARBOSA ORTIZ
C.C.: 13.954.494 de Velez

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2925**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | HERIBERTO BARBOSA ORTIZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 13954494 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRA 6 9 A 30 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3103388899 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | heribertobarbosa@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO EN REGENCIA DE FARMACIA COMUNIDADN DE CUIDADO GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:26:24**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 13954494 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HERIBERTO BARBOSA ORTIZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 14 # 49-55 APTO 814 | TELÉFONO: | 7066221 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7891104989** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 140149696 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 250.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 250.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 195.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 195.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 445.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 445.400** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 13954494 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HERIBERTO BARBOSA ORTIZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 14 # 49-55 APTO 814 | TELÉFONO: | 7066221 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7896612044** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | agosto |
| | AÑO: | 2023 | | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 160412402 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | 7891104989 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | 2023/09/04 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 0 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 0** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 0 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 0** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 8.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 8.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 8.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 8.200** |

Planilla Pagada

**NOMBRE:CINDY PAOLA CASTRO OSPINO**
**C.C.: 1.004.374.766 de Malambo**
**DIRECCION: Calle 48 B sur No. 13 -30 Este**
**TELEFONO: 322 3665505**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A

NOMBRE:CINDY PAOLA CASTRO OSPINO
C.C.: 1.004.374.766 de Malambo
DIRECCION: Calle 48 B sur No. 13 -30 Este

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 542731075 del banco Av villas |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Cindy Castro

NOMBRE:CINDY PAOLA CASTRO OSPINO
C.C.: 1.004.374.766 de Malambo

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2938**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | CINDY PAOLA CASTRO OSPINO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1004374766 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 48B 13 30 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3219364990 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | cindycastro@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:51:53**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | CINDY PAOLA CASTRO OSPINO |
| IDENTIFICACION: | CC-1004374766 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-15 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-04 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626525636 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8617297988 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 145.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 185.600 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 336.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 17/10/2023 |

**NOMBRE:ZORAIDA DIAZ PARDO**
**C.C.: 52.372.619 de Bogota**
**DIRECCION: Carrera 19 Bis No. 58 - 39**
**TELEFONO 313 5864129**

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:ZORAIDA DIAZ PARDO
C.C.: 52.372.619 de Bogota
DIRECCION: Carrera 19 Bis No. 58 - 39

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0633128996 banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Zoraida Diaz P.
NOMBRE:ZORAIDA DIAZ PARDO
C.C.: 52.372.619 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2930**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | ZORAIDA DIAZ PARDO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52372619 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRA 19 BIS 58 39 SUR | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 2058175 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | zoraidadiaz@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:55:12**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52372619 | ZORAIDA DIAZ PARDO | cra 19 bis # 58-39 sur | 2058176 | diazzoraida581@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 05/09/2023 | 70006170 | $342.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 12.200 | | | | 12.200 | 0 | 0 | 12.200 | | | 122 | 12.200 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 12.200 | 12.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 342.800 | 342.800 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52372619 | ZORAIDA DIAZ PARDO | | cra 19 bis # 58-39 sur | 2058176 | diazzoraida581@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 05/09/2023 | 70006170 | $342.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Economiado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52372619 | DIAZ PARDO ZORAIDA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 2 | 12.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**YENIFER ANDREA FAJARDO OROZCO**
**C.C.: 1.070.607.147 De Girardot**
**DIRECCION: Bosque de suba 1**
**TELEFONO: 322 7371899**

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
YENIFER ANDREA FAJARDO OROZCO
C.C.: 1.070.607.147 De Girardot
DIRECCION: Bosque de suba 1

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°180423600 del Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de:

**DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)**

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

JENNIFER FAJARDO
YENIFER ANDREA FAJARDO OROZCO
C.C.: 1.070.607.147 De Girardot

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2931**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | JENNIFER ANDREA FAJARDO OROZCO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1070607147 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CRA 103 C 135 A 77 AP 202 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3054190195 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | yeniferf@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:11:47**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

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 1070607147 | | FAJARDO OROZCO YENIFER ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 103C # 135A 77 | 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 |
| 2023-08 | 2023-08 | 08191029 | 9455421931 | I | 2023/09/12 | 2023/09/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $339,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | Codigo | 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| 1 | CC | 1070607147 | FAJARDO YENIFER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 0.522% | $6,100 | 0 | $0 | $0 | No | $336,700 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1070607147 | | FAJARDO OROZCO YENIFER ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 103C # 135A 77 | 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 |
| 2023-08 | 2023-08 | 08191029 | 9455421931 | I | 2023/09/12 | 2023/09/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $339,100 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,300 | $0 | $186,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $185,600 | $1,300 | $0 | $186,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $1,000 | $0 | $146,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $145,000 | $1,000 | $0 | $146,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $2,400 | $0 | $339,100 |


Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

**MARTHA ENITH GARZON PULIDO**
**C.C.:39,725,183 de Sibate**
**DIRECCION: Calle 4ta No. 10-65 apto 302 torre 2**
**TELEFONO 311 2801305**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MARTHA ENITH GARZON PULIDO
C.C.:39,725,183 de Sibate
DIRECCION: Calle 4ta No. 10-65 apto 302 torre 2

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°542730713 del banco AV VILLAS |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)**

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

martha garzón
MARTHA ENITH GARZON PULIDO
C.C.:39,725,183 de Sibate

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2933**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | MARTHA ENITH GARZON PULIDO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 39725183 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 4 10 75 AP403 BR SANTA CECILIA | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Soacha | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3133397273 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | menith@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:29:23**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-05, 07: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1056738211

Periodo Cotización: agosto de 2023 Periodo Servicio: agosto de 2023 Referencia pago 8836791720

## PAGADA 01/09/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | MARTHA ENITH GARZON PULIDO | | |
| Documento | CC39725183 | Dirección | CR 4 #10 - 75 T 2 APTO 302 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3133397273 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICA |
| 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 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 39725183 | MARTHA ENITH GARZONPULIDO | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | COLPENSIONES | $1.160.000 | $185.600 | FAMISANAR EPS | $1.160.000 | $145.000 | 0.00522 | $1.160.000 | $6.100 | NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $336.700 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | $1.160.000 | $1.160.000 | $0 | $185.600 | $145.000 | $6.100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $336.700 | $0 | $336.700 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Wir

**NOMBRE:LADY YULIANA MORA SUAREZ**
**C.C.: 1.073.687.511 de Soacha**
**DIRECCION:Carrera 5 A este No. 17-09 Soacha**
**TELEFONO: 320 6620584**

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:LADY YULIANA MORA SUAREZ
C.C.: 1.073.687.511 de Soacha
DIRECCION:Carrera 5 A este No. 17-09 Soacha

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°004670198995 DAVIVIENDA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Lady Yuliana Mora Suarez
NOMBRE:LADY YULIANA MORA SUAREZ
C.C.: 1.073.687.511 de Soacha

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2935**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | LADY YULIANA MORA SUAREZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1073687511 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 4 ESTE 17 09 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Soacha | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3206620584 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | ladyy@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:38:51**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-13, 08:34:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056707176

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8863014060

**PAGADO 13/09/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LADY YULIANA MORA SUAREZ | | |
| **Documento** | CC1073687511 | **Dirección** | CR 5A ESTE #17 A - 17 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3208655150 |
| **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 1073687511 | LADY YULIANA MORA SUAREZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 3.100 | $ 339.800 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Winc

**NOMBRE:ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS**
**C.C.: 1.032.410.649**
**DIRECCION:Diagonal 32 C sur No. 12 C 34 B. resurreccion**
**TELEFONO: 319 4837566**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS
C.C.: 1.032.410.649
DIRECCION:Diagonal 32 C sur No. 12 C 34 B. resurreccion

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°175001409 Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS
C.C.: 1.032.410.649

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2936**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1032410649 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | DIAG 32 C SUR 12 C 34 B | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | elvira.012@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 41653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:45:22**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

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

**Señor(a):** ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS
**No. Identificación:** CC1032410649
**Dirección:** DIAG 32C SUR NO.12-34
**Telefono:** 3613243
**Correo:** patyco204@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8370450425

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1032410649 | **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Número de planilla** | 8370450425 | **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-09-18 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 12113948 | **Total Pagado** | 361400 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 2500 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28500 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 186900 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 146000 | 1 |

8370450425

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032410649
APELLIDOS Y NOMBRES: ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

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

Powered by CamScanner

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

**Señor(a):** ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS
**No. Identificación:** CC1032410649
**Dirección:** DIAG 32C SUR NO.12-34
**Telefono:** 3613243
**Correo:** patyco204@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8371202684

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS |
| **Tipo y número de identificación** | CC1032410649 |
| **Número de planilla** | 8371202684 |
| **Fecha pago** | 2023-10-02 |
| **Número de autorización pago** | 71202684 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 358900 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 145000 | 1 |

8371202684

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032410649
APELLIDOS Y NOMBRES: ELVIRA PATRICIA PORRAS CAMPOS

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

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

Powered by CamScanner

**NOMBRE:JURY ANDREA PEREZ RUBIO**
**C.C.: 1.118.122.556 de Monterrey**
**DIRECCION: Calle 42 No. 13 D 15 Sur**
**TELEFONO: 310 2798658**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:JURY ANDREA PEREZ RUBIO
C.C.: 1.118.122.556 de Monterrey
DIRECCION: Calle 42 No. 13 D 15 Sur

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 24121511092 del Banco Caja Social |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Andrea Perez
NOMBRE:JURY ANDREA PEREZ RUBIO
C.C.: 1.118.122.556 de Monterrey

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2929**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | JURY ANDREA PEREZ RUBIO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1118122556 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 42 13 D 15 SUR | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3102798658 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | juryandrea@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 08 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:52:20**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1118122556 | JURY ANDREA PEREZ RUBIO | Cra 46# 68 F01 inte 2 | 3102798658 | zacyuri@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 05/09/2023 | 70161635 | $382.100 | |

## 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 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 23.200 | 0 | 0 | 23.200 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 1 | 23.200 | 23.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 382.100 | 382.100 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1118122556 | JURY ANDREA PEREZ RUBIO | | Cra 46# 68 F01 inte 2 | 3102798658 | zacyuri@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 05/09/2023 | 70161635 | $382.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1118122556 | PEREZ RUBIO JURY ANDREA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 3 | 28.300 | CCF24 | 1.160.000 | 23.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**NOMBRE:SANDRA PAOLA RAMOS CASTRO**
**C.C.: 1.105.673.336**
**DIRECCION: CALLE 9 NO. 4-24 INTERIOR 2 SIBATE**
**TELEFONO: 319 2512689**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:SANDRA PAOLA RAMOS CASTRO
C.C.: 1.105.673.336
DIRECCION: CALLE 9 NO. 4-24 INTERIOR 2 SIBATE

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 230033143405 del banco Popular |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:SANDRA PAOLA RAMOS CASTRO
C.C.: 1.105.673.336

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2937**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | SANDRA PAOLA RAMOS CASTRO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1105673336 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 9 4 24 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Sibaté | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3192512689 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | sandraramos@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:49:56**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-13, 10: AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1056636985

Periodo Cotización: agosto de 2023 | Periodo Servicio: agosto de 2023 | Referencia pago 8861373360

## PAGADA 01/09/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | SANDRA PAOLA RAMOS CASTRO | | |
| Documento | CC1105673336 | Dirección | CL 9 #4 - 24 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3192512189 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICA |
| 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 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 1105673336 | SANDRA PAOLA RAMOSCASTRO | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | $1.160.000 | $185.600 | EPS SURA | $1.160.000 | $145.000 | 0.00522 | $1.160.000 | $6.100 | NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $336.700 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | $1.160.000 | $1.160.000 | $0 | $185.600 | $145.000 | $6.100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $336.700 | $0 | $336.700 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Win



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! 1

**NOMBRE:KAREM VIVIANA ALGARRA LOPEZ**
**C.C.:1.073.705.673 de Soacha**
**DIRECCION: Transversal 19 No. 9-20 el nogal**
**TELEFONO 312 7285979**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:KAREM VIVIANA ALGARRA LOPEZ
C.C.:1.073.705.673 de Soacha
DIRECCION: Transversal 19 No. 9-20 el nogal

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0550488417935001 banco Davivienda |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:KAREM VIVIANA ALGARRA LOPEZ
C.C.:1.073.705.673 de Soacha

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2932**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | KAREM VIVIANA ALGARRA LOPEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1073705673 1 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 1 38 4 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Soacha | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 2524120 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | karem.viviana@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD CONV 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:27:16**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-01, 03:03:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056502296

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8836900080

**PAGADO 01/09/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KAREN VIVIANA ALGARRA LOPEZ | | |
| **Documento** | CC1073705673 | **Dirección** | CR 1A #38 - 40 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3127285979 |
| **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 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 1073705673 | KAREM VIVIANA ALGARRA LOPEZ | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 0 | $ 336.700 |



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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Powered by CamScanner

**MIGUEL ANGEL PINZON SIZA**
**C.C.1.052.403.146 de Duitama Boyaca**
**DIRECCION: Calle 71 C no. 94 a 72**
**TELEFONO 314 7108984**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MIGUEL ANGEL PINZON SIZA
C.C.1.052.403.146 de Duitama Boyaca
DIRECCION: Calle 71 C no. 94 a 72

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0913201422 del banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)**

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

MIGUEL ANGEL PINZON SIZA
C.C.1.052.403.146 de Duitama Boyaca

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2939**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | MIGUEL ANGEL PINZON SIZA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1052403146 7 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 7 15 62 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Duitama | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | miguelpinzon22@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO AUX. DE ENFERMERIA GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:54:25**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1052403146 | | PINZON SIZA MIGUEL ANGEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 71c 94 a 72 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3147108984 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 146792037 | 9455422468 | I | 2023/09/12 | 2023/09/07 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $336,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1052403146 | PINZON MIGUEL | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $6,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $6,100 | | $0 | $0 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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 1052403146 | | PINZON SIZA MIGUEL ANGEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 71c 94 a 72 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3147108984 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 146792037 | 9455422468 | I | 2023/09/12 | 2023/09/07 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $336,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $0 | $0 | $336,700 |

Activar Windows
Ve a Configuración para a

**NOMBRE:JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA**
**C.C.:1.023.920.031 de Bogota**
**DIRECCION: Calle 48 a sur No. 15 este 19 Barrio las gaviotas**
**TELEFONO 3118500913**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA
C.C.:1.023.920.031 de Bogota
DIRECCION: Calle 48 a sur No. 15 este 19 Barrio las gaviotas

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 542731265 Banco Av Villas |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Julieth Fandiño.
NOMBRE:JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA
C.C.:1.023.920.031 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2940**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1023920031 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 48 A SUR 15 ESTE 19 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | alexa.yulis@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO AUX. DE ENFERMERIA GRATITUD 7162 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:57:26**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

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

**Señor(a):** JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA
**No. Identificación:** CC1023920031
**Dirección:** CLL 48 A SUR 15 ESTE 19
**Telefono:** 3118500913
**Correo:** alexa.juli@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8370087158

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023920031 |
| **Número de planilla** | 8370087158 |
| **Fecha pago** | 2023-09-11 |
| **Número de autorización pago** | 16194084 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 338000 |
| **Total Intereses de Mora** | 1300 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 6200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 186300 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145500 | 1 |

8370087158

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023920031
APELLIDOS Y NOMBRES: JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA

| 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 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 6100 | 0 |

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

**NOMBRE:KAREN TATIANA MESA GONZALEZ**
**C.C.:1.073.717.757 de Soacha**
**DIRECCION: Calle 29 sur No.13 a 25**
**TELEFONO 3227552463**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2023-09**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:KAREN TATIANA MESA GONZALEZ
C.C.:1.073.717.757 de Soacha
DIRECCION: Calle 29 sur No.13 a 25

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 24088004743 Banco caja social |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)**

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Karen Mesa

NOMBRE:KAREN TATIANA MESA GONZALEZ
C.C.:1.073.717.757 de Soacha

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2934**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | KAREN TATIANA MESA GONZALEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1073717757 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 5 3 B 34 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3112487407 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | karenmesa906@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 10:31:19**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-15, 04:07:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057587759

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8810001812

**PAGADO 14/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KAREN TATIANA MESA GONZALEZ | | |
| **Documento** | CC1073717757 | **Dirección** | CL 29 SUR #13 A - 25 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3227552463 |
| **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 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 1073717757 | KAREN TATIANA MESA GONZALEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 600 | $ 359.500 |



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.

**NOMBRE:RENE ALEJANDRO PAMO PLATA**
**C.C.: 1.015.434.561 de Bogota**
**DIRECCION: Carera 91 No. 157 B 85 torre 11 aptom 104**
**TELEFONO: 3203780925**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:RENE ALEJANDRO PAMO PLATA
C.C.: 1.015.434.561 de Bogota
DIRECCION: Carera 91 No. 157 B 85 torre 11 aptom 104

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico en Gestión Ambiental Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorrros No. 612012488 de Scotiabannk Colpatria |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:RENE ALEJANDRO PAMO PLATA
C.C.: 1.015.434.561 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte
No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta
CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2926**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | RENE ALEJANDRO PAMO PLATA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1015434561 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 152 A 54 37 CA 99 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3203780925 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | renepamo@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | GESTOR AMBIENTAL BATAN CPS 7462/2021 GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:44:37**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015434561 | RENE ALEJANDRO PAMO PLATA | Cr 91 #157b-85 | 3203780925 | pamoambiental92@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 13/09/2023 | 70878973 | $359.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 6.100 | | | | 6.100 | 0 | 0 | 6.100 | | | 61 | 6.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 23.200 | 0 | 0 | 23.200 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.100 | 6.100 |
| CCF | 1 | 23.200 | 23.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 359.900 | 359.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015434561 | RENE ALEJANDRO PAMO PLATA | | Cr 91 #157b-85 | 3203780925 | pamoambiental92@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 13/09/2023 | 70878973 | $359.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1015434561 | PAMO PLATA RENE ALEJANDRO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 1 | 6.100 | CCF24 | 1.160.000 | 23.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**NOMBRE:SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ**
**C.C.:52.444.908. de Bogota**
**DIRECCION:Calle 27 Bis Sur No. 12 H 25**
**TELEFONO: 321 3207433**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ
C.C.:52.444.908. de Bogota
DIRECCION:Calle 27 Bis Sur No. 12 H 25

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico en Gestión Documental Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°05391609804 Bancolombia |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Sandra Patricia Linares Martinez

NOMBRE:SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ
C.C.:52.444.908. de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2927**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52444908 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 27 BIS 12 H 25 P 1 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3213207433 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | sandraplinares@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO EN GESTION DOCUMENTAL GRATITUD CPS7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:47:59**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

_____**C.C.**_____

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-52444908 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-08 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626626152 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8606927809 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 145.000 | $ 145.400 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 185.600 | $ 186.100 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 6.100 | $ 6.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 336.700 | $ 337.700 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/10/2023 |

**NOMBRE:CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO**
**CC. 1.023.929.498 de Bogota**
**DIRECCION:Diagonal 36 k bis no. 8-82 Este interior 2**
**TELEFONO: 314 2266384**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
CC. 1.023.929.498 de Bogota
DIRECCION:Diagonal 36 k bis no. 8-82 Este interior 2

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Tecnico en gastronomia Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0908123193 banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.596,242)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Cristian Fernando Cristancho Cristancho.
NOMBRE:CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
CC. 1.023.929.498 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2928**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1023929498 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | DG 36 K BIS SUR 8 82 ESTE IN 2 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3642734 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | cristianfcc@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | TECNICO EN GASTRONOMIA CENTRO BATAN CPS 7462/2021 GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.596.242 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.596.242 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.596.242 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.596.242 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 25.080 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.571.162 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 09:50:32**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

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

**Señor(a):** CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
**No. Identificación:** CC1023929498
**Dirección:** CARRERA 102 C # 140B-21
**Telefono:** 5163008
**Correo:** fernando1993-22-11@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8370586772

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023929498 |
| **Número de planilla** | 8370586772 |
| **Fecha pago** | 2023-09-04 |
| **Número de autorización pago** | 37372893 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 337600 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 7000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

8370586772

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023929498
APELLIDOS Y NOMBRES: CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO

| 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 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 0 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 0 | 7000 |

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 | 1023929498 | CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO | CARRERA 102 C # 140B-21 | 5163008 | fernando1993-22-11@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 8370586772 | 04/09/2023 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | N | 13/09/2023 | 8370885724 | $6.100 | |

## 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 | | | | | |

| 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 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización | 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 |
| | | | Obligatoria | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 6.100 | | | | 6.100 | 0 | 0 | 6.100 | | | 61 | 6.100 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.100 | 6.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 1 | 6.100 | 6.100 |

PAGADA

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. US: 9415699429 DV: 778860
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Ni Plan
Fecha: 13/09/2023 08:28:24
PAP: 910118
Nombre: non
Apellido 1: non
NUM PLANILLA: 8370885724
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1023929498
PERIODO: 202308
Referencia: 8370885724 Valor: $6.100,00

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

Escaneado con CamScanner

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

**Señor(a):** CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
**No. Identificación:** CC1023929498
**Dirección:** CARRERA 102 C # 140B-21
**Telefono:** 5163008
**Correo:** fernando1993-22-11@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8371140402

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1023929498 |
| **Número de planilla** | 8371140402 |
| **Fecha pago** | 2023-10-02 |
| **Número de autorización pago** | 2039010 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 343700 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 6100 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 7000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

8371140402

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023929498
APELLIDOS Y NOMBRES: CRISTIAN FERNANDO CRISTANCHO CRISTANCHO

| 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 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 6100 | 7000 |

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

**NOMBRE: NUBIA GARCIA HERNANDEZ**
**CC.52.183.672 de Bogota**
**DIRECCION: Carrera 87 B No. 128 C -28**
**TELEFONO:** 313 8702917

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: NUBIA GARCIA HERNANDEZ
CC.52.183.672 de Bogota
DIRECCION: Carrera 87 B No. 128 C -28

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros No. 180475188 del banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |

La Suma de: DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)

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
NOTA: si autoriza a otra persona especificar en la cuenta los siguientes datos numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Nubia garcia Hernandez

NOMBRE: NUBIA GARCIA HERNANDEZ
CC.52.183.672 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2941**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | NUBIA GARCIA HERNANDEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52183672 3 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 87 B 128 C 28 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | nuia.garcia1@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA DE COCINA GENERALES COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 11:00:27**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

**Señor(es):** NUBIA GARCIA HERNANDEZ
**Nit:** CC 52183672
**Dirección:** CARRERA 85 # 122a 16
**Teléfono:** 3143993907 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | NUBIA GARCIA HERNANDE |
| Tipo y número de identificación | 52183672 |
| Número de radicación planilla | 8370647236 |
| Fecha de pago | 9/14/2023 |
| Número de autorización de pago | 48278339 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Agosto 2023 |
| Periodo cotización pensión | Agosto 2023 |
| Periodo cotización caja | Agosto 2023 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $336.700 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $6.100 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $185.600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $145.000 | 1 |

PAGADO 48278339

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| № | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | | | | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52183672 | GARCIA HERNANDEZ NUBIA | EPS008 | 230301 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.160.000 | 1.160.000 | 0 | 1.160.000 | 0 | | | 185.600 | 0 | 0 | 145.000 | 0 |

PAGADO A339 40-7

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

**NOMBRE:YULIETH PAOLA VEGA JARAMILLO**
**CC.1.067.930.000 Monteria**
**DIRECCION: Calle 61 a sur No. 81 D 31**
**TELEFONO: 301 2776820**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A

NOMBRE:YULIETH PAOLA VEGA JARAMILLO
CC.1.067.930.000 Monteria
DIRECCION: Calle 61 a sur No. 81 D 31

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros No. 0908123177 del banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:YULIETH PAOLA VEGA JARAMILLO
CC.1.067.930.000 Monteria

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2947**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | YULIETH PAOLA VEGA JARAMILLO | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1067930000 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CALLE 43 C SUR 2 23 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3022314606 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | yuliethvega@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA DE COCINA CONTRATO 7462/2021 GRATITUD SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 14:58:31**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**_____C.C._____**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | YULIETH PAOLA VEGA JARAMILLO |
| IDENTIFICACION: | CC-1067930000 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-13 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-01 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626169991 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8614975383 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS041 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 145.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 185.600 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 336.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/10/2023 |

**NOMBRE:KATHERINES MARIA MIER DE LA HOZ**
**C.C.1.065.594.549 de Valledupar**
**DIRECCION: Transversal 12 f bis a 45 f 64 suR San jorge**
**TELEFONO: 300 191 4030**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:KATHERINES MARIA MIER DE LA HOZ
C.C.1.065.594.549 de Valledupar
DIRECCION: Transversal 12 f bis a 45 f 64 suR San jorge

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N°0550488429217752 Davivienda |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Katherine Mier De La Hoz.
NOMBRE:KATHERINES MARIA MIER DE LA HOZ
C.C.1.065.594.549 de Valledupar

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2948**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | KATERINES MARIA MIER DE LA HOZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1065594549 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | TV 12 F BIS A 45 F 64 SUR | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | katerines.123@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | SERV. OPERARIA DE COCINA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD CPS:7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:03:19**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-09-13, 10:58:40 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 65706223

**Periodo Cotización** 202308 **Periodo Servicio** 202308

## PAGADA 2023-09-13 10:56:11.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KATHERINES MARIA MIER DE LA HOZ | | | | |
| **Documento** | CC 1065594549 | **Dirección** | CL 1 #1 - 1 TV 12 F A SUR # 45 - 65 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3004914030 | | |
| **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 1065594549 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | MIER DE LA HOZ KATERINES MARIA | 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 % | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | 14-11 | 1 | 0,522 % | $ 1.160.000 | $ 6.100 | 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 | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |



**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. Línea Ética: 018000 517806.**

**NOMBRE: SIMON LOPEZ RODRIGUEZ**
**CC.1.018.445.577 de Bogota**
**DIRECCION:Calle 68 No. 94-64**
**TELEFONO: 3193676315**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: SIMON LOPEZ RODRIGUEZ
CC.1.018.445.577 de Bogota
DIRECCION:Calle 68 No. 94-64

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros No. 24106620346 Banco Caja Social |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Simon Lopez Rodriguez

NOMBRE: SIMON LOPEZ RODRIGUEZ
CC.1.018.445.577 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2946**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | SIMON LOPEZ RODRIGUEZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1018445577 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 52 41 10 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | simon.12@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 41653003 | OPERADOR DE ALIMENTOS CUIDADO GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 14:53:48**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

**PLANILLA NRO. 27381882 Tipo I 2023 08** ASOPAGOS

| DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
| CC | 1018445577 | SIMON LOPEZ | | | ÚNICO | | 0 | 2023-08 | 2023-08 | 27381882 | | PRIVADA | I | 14-11 | 86 |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | | ACTIVIDAD ECONÓMICA | | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO |
| CL 68 94 46 | | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 3193676315 | 0 | SIMONLR-991@HOTMAIL.COM | | 7490 | | 1160000 | 1 | 2023-09-13 | 2023-09-19 |

**TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | 145000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 145000 | 0 | 0 | 0 | 145000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 145000 | 1 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739 | 185600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 185600 | 1 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES**

| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | 6100 | 0 | 0 | 0 | 6100 | 0 | 0 | 6100 | 0 | 0 | 0 | 6100 |

**TOTAL APORTES A ESAP**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A MINISTERIO**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | 860066942 | 23200 | 0 | 0 | 23200 | 1 |

**TOTAL APORTES A ICBF Y SENA**

ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NÚMERO ADMINISTRADORAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 1 |

| TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA | |
|---|---|
| PENSIONES | 185600 |
| SALUD | 145000 |
| RIESGOS LABORALES | 6100 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 23200 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 359900 |

PAGADO

**NOMBRE: LUZ CELIS PAJARO MARIMON**
**C.C.50,939,003 de Monteria**
**DIRECCION: Cra 69 P No. 71-92 B. estrada**
**TELEFONO: 3228941571-1**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A

NOMBRE: LUZ CELIS PAJARO MARIMON
C.C.50,939,003 de Monteria
DIRECCION: Cra 69 P No. 71-92 B. estrada

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 392267704 del Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE: LUZ CELIS PAJARO MARIMON
C.C.50,939,003 de Monteria

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2950**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | LUZ CELIS PAJARO MARIMON | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 50939003 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CR 69 66 33 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3134536048 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | luzcelis@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA SERVICIOS GENERALES GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:25:32**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50939003 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUZ CELIS PAJARO MARIMON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 70 -55 BARRIO PALO ALTO | TELÉFONO: | 5555555 |
| 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: | | **4513362361** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995802748 |

**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 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.700 | $ 0 | $ 185.600 | $ 1.700 | $ 187.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 1.700** | **$ 187.300** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 145.000 | $ 1.300 | $ 0 | $ 146.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 1.300** | **$ 0** | **$ 146.300** |

**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 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 100 | $ 0 | $ 6.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 6.200** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 23.200 | $ 300 | $ 23.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 23.200** | **$ 300** | **$ 23.500** |

**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 | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | 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 | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**NOMBRE: ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA**
**CC. 52.242.816 de Bogota**
**DIRECCION: Calle 58 sur No. 19 B 12**
**TELEFONO: 311 684 0511**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE: ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52.242.816 de Bogota
DIRECCION: Calle 58 sur No. 19 B 12

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 450220744 Banco Bogota |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

Rosa Vega

NOMBRE: ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52.242.816 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2951**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52242816 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 58 SUR 20D 60 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3116840511 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | ridalides@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA SERVICIOS GENERALES GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:28:04**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 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 |
| 2023-08 | 2023-08 | 143981538 | 9455141968 | I | 2023/09/06 | 2023/09/06 | NEQUI | 0 | $342,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $12,200 | $0 | $0 | $12,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $12,200 | $0 | $0 | $12,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $342,800 | $0 | $0 | $342,800 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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 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 |
| 2023-08 | 2023-08 | 143981538 | 9455141968 | I | 2023/09/06 | 2023/09/06 | NEQUI | 0 | $342,800 |

**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)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52242816 | VEGA ROSA | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPSC34 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $12,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $12,200 | | $0 | $0 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

**NOMBRE:HELVER ESNEIDER ALBARADO RAMIREZ**
**CC.1.024.563.725 de Bogota**
**DIRECCION: Calle 65 A N. 73 G 69**
**TELEFONO: 3142804175**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-09

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:HELVER ESNEIDER ALBARADO RAMIREZ
CC.1.024.563.725 de Bogota
DIRECCION: Calle 65 A N. 73 G 69

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operario de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 088711242 Banco Av Villas |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330) |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:HELVER ESNEIDER ALBARADO RAMIREZ
CC.1.024.563.725 de Bogota

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2949**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | HELVER ESNEIDER ALBARADO RAMIREZ | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1024563725 5 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 65A 73 G 69 SUR | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 3142804175 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | helv_antonio@hotmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | SERVICIOS GENERALES CONTRATO GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:07:05**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1024563725 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HELVER ESNEIDER ALBARADO RAMIREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | BARRIO DEL CENTRO | TELÉFONO: | 4444444 |
| 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: | | **4511971520** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO 2023 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/04 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995681461 |

**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 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 0** | **$ 185.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 145.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 6.100** |

**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 1024563725 | ALBARADO RAMIREZ HELVER ESNEIDER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 102456372 | $ 6.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 336.700** |

**NOMBRE:MAYLIN DAYHANA NEMEGUEN LOZADA**
**CC.1.026.562.613**
**DIRECCION: Carrara 3 este 25 d 21 Soacha San Mateo**
**TELEFONO: 313 3658114**

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. 2023-08

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:MAYLIN DAYHANA NEMEGUEN LOZADA
CC.1.026.562.613
DIRECCION: Carrara 3 este 25 d 21 Soacha San Mateo

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros N° 0908145998 Banco BBVA |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

NOMBRE:MAYLIN DAYHANA NEMEGUEN LOZADA
CC.1.026.562.613

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS** **2952**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | MAYLIN DAYHANA NEMEGUEN LOZADA | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 1026562613 1 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | CL 71 G BIS SUR 28 51 | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C. | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | dayhana.23@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:32:05**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1026562613 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAYLIN DAYHANA NEMEGUEN LOZADA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 3 ESTE # 25-21 | TELÉFONO: | 4444444 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención en instituciones co |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4510989442** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/01 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995643750 | |

**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 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 0** | **$ 185.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 145.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 6.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1026562613 | NEMEGUEN LOZADA MAYLIN DAYHANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 102656261 | $ 6.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 336.700** |

**NOMBRE:SANDRA PATRICIA RICO DONCEL**
**C.C.52.334.685 de Bogota**
**DIRECCION:Carrera 72 K No. 34 sur 80 carvajal**
**TELEFONO: 3028551523**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2023-08

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:SANDRA PATRICIA RICO DONCEL
C.C.52.334.685 de Bogota
DIRECCION:Carrera 72 K No. 34 sur 80 carvajal

| | |
|---|---|
| Por Concepto de: | Operaria de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud |
| Periodo de pago: | Correspondientes del 01 al 30 de septiembre 2023 |
| Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco | Cuenta de ahorros No. 111701204635 Banco Falabela |
| Nombre del contrato, número del contrato, y localidad | Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD |
| La Suma de: | **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($2,210,330)** |

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 numero de cuenta, tipo de cuenta,banco,cedula y nombre completo

Bogotá; 30 de septiembre de 2023

Atentamente,

**NOMBRE:SANDRA PATRICIA RICO DONCEL**
**C.C.52.334.685 de Bogota**

Escaneado con CamScanner

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764043449961 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 27-01-2024

**No CUDS 2953**

**Numero Documento Externo:**

| Datos de Emisor: | | Datos de Adquiriente: | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social / Nombre y Apellidos:** | SANDRA PATRICIA RICO DONCEL | **Razón Social:** | ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA |
| **Nit:** | 52334685 8 | **Nit:** | 900175374 - 5 |
| **Dirección:** | MZA CA 15 BRR JUAN DE DIOS | **Dirección:** | Dirección: CALLE 116 A 71 A 39 |
| **Ciudad:** | Melgar | **Ciudad:** | Bogotá D.C. |
| **Teléfono:** | 2450323 | **Teléfono:** | 7036962 |
| **Email** | sapaty.685@gmail.com | **Email:** | Contabilidadhogares4@gmail.com |

**FORMA DE PAGO** Credito FECHA VENCIMIENTO 30 09 2023

| It. | Referencia | Descripción | Cant. | U.Med. | Valor Unit. | % Desc. | Desc. | % IVA | Valor IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61653003 | OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES COMUNIDAD GRATITUD 7462/2021 SEPTIEMBRE 2023 | 1 | Und. | 2.210.330 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2.210.330 |

**Total de Item:** 1

**Valor en Letras** DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 2.210.330 |
| **Total Descuentos:** | 0 |
| **Subtotal con Desc:** | 2.210.330 |
| **Total Retefuente:** | 0 |
| **Total Reteica:** | 21.352 |
| **TOTAL DOCUMENTO:** | 2.188.978 |

**Fecha y Hora de Generación: 29/09/2023 15:37:30**

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**

_____**C.C.**_____

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-05, 09:46:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056578822

**Periodo Cotización:** agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8844229330

## PAGADO 05/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SANDRA PATRICIA RICO DONCEL | | |
| **Documento** | CC52334685 | **Dirección** | CR 72K #34 - 80 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3103110194 |
| **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 52334685 | SANDRA PATRICIA RICO DONCEL | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 0 | $ 336.700 |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Winc



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!