NOMBRE: DISNEYLA DIAZ CADENA

CC. 37.943.876

DIRECCION: LA CALLE 166 No. 8D-44 TORRE 3 apto.101

TELEFONO: 3213246470

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE. ($5.957,672)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE: DISNEYLA DIAZ CADENA
CC. 37.943.876

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3850

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 29 02 2024

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 FEBRERO 2024	1	Und.	5.957.672	0,00	0	0,00	0	5.957.672

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

Subtotal:	5.957.672
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.957.672
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	57.551
TOTAL DOCUMENTO:	5.900.121

Fecha y Hora de Generación: 27/02/2024 16:35:37

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	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.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	24/01/2024	74182815	$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.		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	
2024-01	2024-01	I	24/01/2024	74182815	$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	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	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:31920387418

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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:	**CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)**

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Carolina Ramírez

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3851

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	PROFESIONAL JEFE ENFERMERIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 09:52:12

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: 8374314708

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	8374314708
Fecha pago	2024-01-31
Número de autorización pago	74314708
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	587800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8374314708

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	10600	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	324000	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	253200	1

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	2024828	2024828	2024828	0	253200	0	324000	0	10600	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. **2024-02**

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 29 de febrero 2024
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:	**CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)**

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Juliana CB.

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3852

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	PROFESIONAL EN NUTRICION GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 09:57:01

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	
2024-01	2024-01	I	10/01/2024	73901833	$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	
2024-01	2024-01	I	10/01/2024	73901833	$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	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	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

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.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
73901833	10/01/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	N	06/02/2024	74525150	$49.900	

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	21.500	0		0		0	0	0	0	21.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	27.500	0	0	0	0	0	0		27.500	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	900				900	0	0	900			9	900	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	21.500	21.500
Pensión	1	27.500	27.500
Riesgos Laborales	1	900	900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	49.900	49.900

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	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.		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
73901833	10/01/2024	N	06/02/2024	74525150	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01				$49.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012449095	CASTRO BENAVIDES JULIANA KATHERINE	59	0			N																	25-14	2.024.828	324.000	0	0	0	0	EPS008	2.024.828	253.200	14-11	2.024.828	1	10.600		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. **2024-02**

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

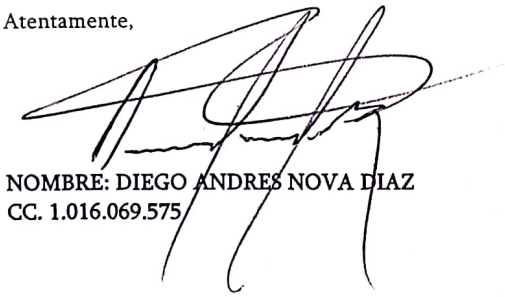
Por Concepto de:	Profesional en Psicologia Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 62791763318 del Bancolombia
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	**CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)**

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,



NOMBRE: DIEGO ANDRES NOVA DIAZ
CC. 1.016.069.575

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3853

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	PSICOLOGO CPS 7462/2021 GRATITUD BATAN GRATITUD FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:00:12

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
2024-01	2024-01	62604196	9462604196	I	2024/02/16	2024/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$587,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,000	$0	$0	$324,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$324,000	$0	$0	$324,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,600	$0	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,200	$0	$0	$253,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$253,200	$0	$0	$253,200
TOTAL				1	$587,800	$0	$0	$587,800

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
2024-01	2024-01	62604196	9462604196	I	2024/02/16	2024/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$587,800

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)					$2,025,000	$324,000			$2,025,000	$253,200			$0	$0			$2,025,000	$10,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,025,000	$324,000			$2,025,000	$253,200			$0	$0			$2,025,000	$10,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,025,000	$324,000			$2,025,000	$253,200			$0	$0			$2,025,000	$10,600		$0	$0
1	CC	1016069575	NOVA DIEGO	231001	30	$2,025,000	$324,000	EPS005	30	$2,025,000	$253,200		0	$0	$0	14-11	30	$2,025,000	$10,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,025,000	$324,000			$2,025,000	$253,200			$0	$0			$2,025,000	$10,600		$0	$0

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

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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:	CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE:MARTHA FERNANDA JIMENEZ
CC: 52.771.453.

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3854

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERV PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL COMUNIDAD CUIDADO GRATITUD CPS.7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:02:22

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:	2024-01-11
FECHA LIMITE DE PAGO:	2024-02-13
FECHA DE PAGO:	2024-01-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERIODO PENSION:	2024-01
PERIODO SALUD:	2024-01
NUMERO PLANILLA:	8628414529
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:	13/03/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARTHA FERNANDA JIMENEZ GONZALEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52771453
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-02-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-02-13
FECHA DE PAGO:	2024-02-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-01
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	8628878155
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8628878155
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.000	$ 22.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.000	$ 22.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 28.200
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 28.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 900
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 900
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.100	$ 51.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/03/2024

NOMBRE:JOHANNA LOPEZ ROJAS
CC. 1.016.047.191 de Bogotá
DIRECCION: Calle 75 B No. 64 - 14
TELEFONO: 314 2864307

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. **2024-02**

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 29 de febrero 2024
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:	CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE:JOHANNA LOPEZ ROJAS
CC. 1.016.047.191 de Bogotá

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3855

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA COMUNIDAD GRATITUD 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:05:09

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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	11/01/2024	73907160	$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	
2024-01	2024-01	I	11/01/2024	73907160	$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

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.		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
73907160	11/01/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	N	05/02/2024	74458707	$53.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	21.500	0		0		0	0	0	0	21.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	27.500	0	0	0	0	0	0		27.500	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	900				900	0	0	900			9	900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	3.400	0	0	3.400	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	21.500	21.500
Pensión	1	27.500	27.500
Riesgos Laborales	1	900	900
CCF	1	3.400	3.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	53.300	53.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	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.	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
73907160	11/01/2024	N	05/02/2024	74458707	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01				$53.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016047191	LOPEZ ROJAS JOHANNA	57	0			N																	25-14	2.024.828	324.000	0	0	0	0	EPS002	2.024.828	253.200	14-23	2.024.828	1	10.600	CCF22	2.024.828	40.500	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. **2024-02**

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 29 de febrero 2024
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:	**CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)**

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3856

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 29 02 2024

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 FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:07:16

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**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: 74049264

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGELA MARIA RICO PINILLA
Tipo y número de identificación	CC52823224
Número de planilla	74049264
Fecha pago	2024-01-26
Número de autorización pago	1625053
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	575000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	9700	1
230301	Porvenir	296500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	37100	1
EPS008	Compensar EPS	231700	1

74049264

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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:	CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE. ($5.062,070)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Francy Johana Uribe López

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3857

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	5.062.070	0,00	0	0,00	0	5.062.070

Total de Item: 1

Valor en Letras CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETENTA PESOS M/CTE

Subtotal:	5.062.070
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	5.062.070
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	48.900
TOTAL DOCUMENTO:	5.013.170

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:10:07

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-24, 05:08:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060738145

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8859569070

PAGADO 24/01/2024

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	$ 0	$ 573.400

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-16, 04:04:06 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1061479344

Nro Planilla Corregida: 1060738145 **Periodo Cotización:** enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810350387

PAGADO 15/02/2024 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 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 1023866670	FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ	59	00									A								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
CC 1023866670	FRANCY JOHANA URIBE LOPEZ	59	00								X	C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.024.828	$ 324.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.024.828	$ 253.200	2,436	$ 2.024.828	$ 49.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 626.600

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
$ 171.948	$ 171.948	$ 171.948	$ 0	$ 27.500	$ 21.500	$ 4.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 53.200	$ 0	$ 53.200

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.

LINA MARIA VIDAL GONZALEZ
C.C.:1016108761
DIRECCION: Cra 108 No. 16 H 31
TELEFONO 3142274158

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LINA MARIA VIDAL GONZALEZ
C.C.:1016108761
DIRECCION:

Por Concepto de:	Tallerista en artes y oficios Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 91213371024 Banco Bancolombia
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

LINA MARIA VIDAL GONZALEZ
C.C.:1016108761

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3858

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	LINA MARIA VIDAL GONZALEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1016108761	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	TV 86 A 56 A BIS 50	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	5263010	**Teléfono:**	7036962
Email	lina.vidal1@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERVICIOS TALLERISTA ARTES Y OFICIOS CENTRO CUIDADO GRATITUD 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:12:26

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	1016108761	LINA MARIA VIDAL GONZALEZ	Cra 108 #16h-31	0000000	Vinashop.lv2@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	
2024-01	2024-01	I	05/01/2024	73773295	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016108761	LINA MARIA VIDAL GONZALEZ		Cra 108 #16h-31	0000000	Vinashop.lv2@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	
2024-01	2024-01	I	05/01/2024	73773295	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016108761	VIDAL GONZALEZ LINA MARIA	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3859

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO OPERATIVO GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:17:29

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	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	09/01/2024	73857650	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	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**	
2024-01	2024-01	I	09/01/2024	73857650	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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. 2024-02

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

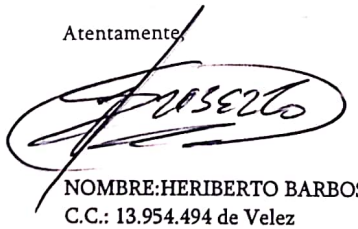
Por Concepto de:	Tecnico en Regencia de Farmacia Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 24102273553 del banco Caja Social
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3860

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 29 02 2024

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 CPS 7462/2023 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:19:27

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:	**7911031986**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		392293467

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**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 453.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 453.600**

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3861

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:22:38

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CINDY PAOLA CASTRO OSPINO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1004374766
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-02-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-02-15
FECHA DE PAGO:	2024-01-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-01
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	8628577155
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8617297988
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/03/2024

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3862

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 10:29:23

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	
2024-01	2024-01	I	12/01/2024	73884266	$384.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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	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	
2024-01	2024-01	I	12/01/2024	73884266	$384.100	

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	52372619	DIAZ PARDO ZORAIDA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

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

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3863

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:04:35

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-26, 01:01:20 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1060783434

Periodo Cotización: enero de 2024 Periodo Servicio: enero de 2024 Referencia pago 8810285089

PAGADA 26/01/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

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	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días 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 GARZON PULIDO	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1.300.000	$162.500	0.522	$1.300.000	$6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$6.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300	$0	$377.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N°0085006711 BANCO BBVA
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3864

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA COMUNIDAD CUIDADO GRATITUD CPS.7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:07:24

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-25, 11:18:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060441712

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810088806

PAGADO 25/01/2024

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 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 1073687511	LADY YULIANA MORA SUAREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

NOMBRE:JENNY BURBANO CARRERO
C.C.: 1.013.621.469
DIRECCION:Calle 65 C sur No. 11-20
TELEFONO: 313 4982688

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA

No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:JENNY BURBANO CARRERO
C.C.: 1.013.621.469
DIRECCION:Calle 65 C sur No. 11-20

Por Concepto de:	Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N°912-572879-77 del Bancolombia
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Jenny Burbano C.
NOMBRE:JENNY BURBANO CARRERO
C.C.: 1.013.621.469

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3865

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	JENNY BURBANO CARRERO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1013621469	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 65 UR 1 B 51 ESTE	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3115877067	**Teléfono:**	7036962
Email	jennyburbanoc@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR DE ENFERMERIACENTRO CUIDADO GRATITUD CPS :7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:09:56

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-26, 01:08:33 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060777620

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810102663

PAGADO 26/01/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY BURBANO CARRERO		
Documento	CC1013621469	**Dirección**	CR 11 SUR #65 - 70 INT 3 CASA 462 PORVE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134982688
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013621469	JENNY BURBANO CARRERO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3866

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:12:30

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	
2024-01	2024-01	I	24/01/2024	74025910	$428.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	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	
2024-01	2024-01	I	24/01/2024	74025910	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1118122556	PEREZ RUBIO JURY ANDREA	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3867

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:16:12

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-20, 02:58:25 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1060083794

Periodo Cotización: enero de 2024 Periodo Servicio: enero de 2024 Referencia pago 8810087931

PAGADA 17/01/2024

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	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días 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 RAMOS CASTRO	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1.300.000	$208.000	(EPS010) EPS SURA	$1.300.000	$162.500	0.522	$1.300.000	$6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$6.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300	$0	$377.300

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

NOMBRE:FRANQUIL JOHANI MANCERA PARRADO
C.C.:80,391,328 de Choachi cund.
DIRECCION: Carrera 78 a No. 71 F 02
TELEFONO 3144717304

DOCUMENTO
EQUIVALENTE
A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:FRANQUIL JOHANI MANCERA PARRADO
C.C.:80,391,328 de Choachi cund.
DIRECCION: Carrera 78 a No. 71 F 02

Por Concepto de:	Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 488441248694 banco Davivienda
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE:FRANQUIL JOHANI MANCERA PARRADO
C.C.:80,391,328 de Choachi cund.

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3868

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	FRANQUIL YOHANI MANCERA PARRADO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	80391328	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 78 A 71 F 02 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3144717304	**Teléfono:**	7036962
Email	franquilym@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:21:13

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 80391328		MANCERA PARRADO FRANQUIL YOHANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 A 71 F 02 SUR BRR CARLOS ALBAN	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7780083	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	397856588	9461639206	I	2024/02/07	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 80391328	MANCERA FRANQUIL	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80391328		MANCERA PARRADO FRANQUIL YOHANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 A 71 F 02 SUR BRR CARLOS ALBAN	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7780083	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	397856588	9461639206	I	2024/02/07	2024/01/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

JUAN FELIPE HERNANDEZ OBANDO
C.C.1.016.111.553 de Bogota
DIRECCION: Calle 19 no. 120 a 27
TELEFONO 3134062703

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
JUAN FELIPE HERNANDEZ OBANDO
C.C.1.016.111.553 de Bogota
DIRECCION: Calle 19 no. 120 a 27

Por Concepto de:	Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 1016111553 de Davivienda
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	**DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)**

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

JUAN FELIPE HERNANDEZ OBANDO
C.C.1.016.111.553 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3869

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	JUAN FELIPE HERNANDEZ OBANDO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1016111553 7	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 19 120 A 27	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6521042	**Teléfono:**	7036962
Email	juan.hernandez01@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO AUXILIAR DE EMFERMERIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:24:07

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-13, 08:03:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060429257

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024

PAGADO 10/01/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN FELIPE HERNANDEZ OVANDO		
Documento	CC1016111553	**Dirección**	CL 19 #120 A - 27
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134062703
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1016111553	JUAN FELIPE HERNANDEZ OBANDO	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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: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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Julieth Alexa Fandiño Y

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3870

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO AUX. DE ENFERMERIA GRATITUD 7462 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:28:04

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.yulis@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8373904866

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JULIETH ALEXA FANDIÑO YARA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1023920031	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2024
Número de planilla	8373904866	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2024
Fecha pago	2024-01-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	4993030	**Total Pagado**	377300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

8373904866

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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3871

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR ENFERMERIA GRATITUD CPS 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 11:38:07

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-25, 11:48:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060447181

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810059859

PAGADO 25/01/2024

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	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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. 2024-02

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

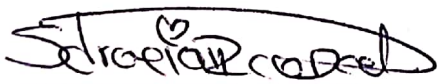
Por Concepto de:	Tecnico Auxiliar de Enfermeria Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros No. 111701204635 Banco Falabela
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	**DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)**

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3872

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERV DE AUX. DE ENFERMERIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 12:07:25

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-10, 01:27:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060103332

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810080510

PAGADO 10/01/2024

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	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3873

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	GESTOR AMBIENTAL BATAN CPS 7462/2021 GRATITUD FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 12:26:58

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

_____**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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	30/01/2024	74306520	$403.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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.		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	
2024-01	2024-01	I	30/01/2024	74306520	$403.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015434561	PAMO PLATA RENE ALEJANDRO	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3874

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO GESTION DOCUMENTAL GRATITUD CPS: 7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 12:31:37

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA PATRICIA LINARES MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52444908
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-02-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-02-05
FECHA DE PAGO:	2024-01-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-01
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	8628439742
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8606927809
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/03/2024

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. 2024-02

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:	Tecnico en Gastronomia Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
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 OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA TRES PESOS M/CTE. ($2.837,173)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE: SIMON LOPEZ RODRIGUEZ
CC.1.018.445.577 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3875

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	TECNICO EN GASTRONOMIA COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.837.173	0,00	0	0,00	0	2.837.173

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

Subtotal:	2.837.173
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.837.173
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	27.407
TOTAL DOCUMENTO:	2.809.766

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 12:35:32

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

RAZON SOCIAL :	SIMON LOPEZ
IDENTIFICACION:	CC-1018445577
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-01-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2024-02-19
FECHA DE PAGO:	2024-01-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2024-01
PERIODO SALUD:	2024-01
NUMERO PLANILLA:	28623412
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28623412
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.000	$ 26.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.300	$ 403.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/03/2024

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. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Nubia garcia

NOMBRE: NUBIA GARCIA HERNANDEZ
CC.52.183.672 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3876

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 29 02 2024

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 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 12:57:59

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

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

Señor(a): NUBIA GARCIA HERNANDEZ
No. Identificación: CC52183672
Dirección: CARRERA 85 # 122A 16
Telefono: 3143993907
Correo: nubiagarciah74@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 74463115

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NUBIA GARCIA HERNANDEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52183672	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2024
Número de planilla	74463115	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2024
Fecha pago	2024-02-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1643200	**Total Pagado**	377300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

74463115

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52183672
APELLIDOS Y NOMBRES: NUBIA GARCIA HERNANDEZ

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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

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: 3004914030

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

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 29 de febrero 2024
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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Katerine Mier.
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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3877

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 29 02 2024

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 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:03:22

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:	1065594549
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATERINE MARIA MIER DE LA HOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANS 12 F BIS SUR # 45-64 SAN JORGE	TELÉFONO:	8663542
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Expendio a la mesa de comidas preparadas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4534708991**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997351381	

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	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

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 1065594549	MIER DE LA HOZ KATERINES MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	106559454	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

NOMBRE:ANA ASTRID SAMPER GARCIA
CC.51.980.268 de Bogota
DIRECCION: Carrera 126 #130-65
TELEFONO: 3123467004

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2024-02**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:ANA ASTRID SAMPER GARCIA
CC.51.980.268 de Bogota
DIRECCION: Carrera 126 #130-65

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros No.24124297047 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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

ANA SAMPER

NOMBRE:ANA ASTRID SAMPER GARCIA
CC.51.980.268 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3878

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	ANA ASTRID SAMPER GARCIA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	51980268	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 126 No. 130 - 65 CASA 108 ET 2	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6971744	**Teléfono:**	7036962
Email	anaastrid@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	AUXILIAR DE COCINA CONTRATO CONVENIO CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:08:02

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

Señor(a): ANA ASTRID SAMPER GARCIA
No. Identificación: CC51980268
Dirección: CRA 126 N 130-65
Telefono: 3123467004
Correo: samperastrid@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8373887240

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA ASTRID SAMPER GARCIA
Tipo y número de identificación	CC51980268
Número de planilla	8373887240
Fecha pago	2024-01-10
Número de autorización pago	50931410
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

8373887240

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51980268
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA ASTRID SAMPER GARCIA

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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

NOMBRE:EVIMELETH NIETO MEJIA
CC,92.528.855 de Sincelejo
DIRECCION: Transversal 13 M No. 45 A 28 Sur
TELEFONO: 312 5700621

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:EVIMELETH NIETO MEJIA
CC,92.528.855 de Sincelejo
DIRECCION: Transversal 13 M No. 45 A 28 Sur

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros No. 24042401362 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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Evimileth Nieto Mejia
NOMBRE:EVIMELETH NIETO MEJIA
CC,92.528.855 de Sincelejo

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3879

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	EVIMILETH NIETO MEJIA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	92528855	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	TV 13 M 45 A 28 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	evimilethn@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653004	OPERARIA DE COCINA COMUNIDAD GRATITUD CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:30:24

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

NOMBRE: LUZ CELIS PAJARO MARIMON
C.C.50.939.003 de Monteria
DIRECCION: Cra 69 P No. 71-92 B. estrada
TELEFONO: 3228945714

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2024-02**

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 29 de febrero 2024
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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

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

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3880

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	OPERARIA SERVICIOS GENERALES GRATITUD CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:33:51

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

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:				**4535426191**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2024
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/01/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997394770

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	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 26.000	$ 0
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 50939003	PAJARO MARIMON LUZ CELIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	50939003	$ 6.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 403.300**

Planilla Pagada

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. **2024-02**

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 29 de febrero 2024
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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Rosa V.

NOMBRE: ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52.242.816 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3881

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 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	OPERARIA SERVICIOS GENERALES GRATITUD CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:36:45

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
2024-01	2024-01	394609140	9461367854	I	2024/02/06	2024/01/15	NEQUI	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
1	CC	52242816 VEGA ROSA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2024-01	2024-01	394609140	9461367854	I	2024/02/06	2024/01/15	NEQUI	0	$384,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$384,100**	**$0**	**$0**	**$384,100**

NOMBRE:IVAN ARMANDO LOPEZ LOPEZ
CC.80,117,198 de Bogota
DIRECCION: Calle 26 Sur No. 121 i 34 barrio san jose obrero
TELEFONO: 302 3704021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:IVAN ARMANDO LOPEZ LOPEZ
CC.80,117,198 de Bogota
DIRECCION: Calle 26 Sur No. 121 i 34 barrio san jose obrero

Por Concepto de:	Operario de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N°908001732 Banco BBVA
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD
La Suma de:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NOMBRE:IVAN ARMANDO LOPEZ LOPEZ
CC.80,117,198 de Bogota

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3882

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	IVAN ARMANDO LOPEZ LOPEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	80117198	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 45 B 145 A 20	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	7459063	**Teléfono:**	7036962
Email	ivan.lopez@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERVICIO GENERALES CONTRATO CONVENIO GRATITUD CPS.7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:39:10

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:	80117198
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IVAN LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 26 A SUR # 12 I 34	TELÉFONO:	3046163
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:			**4540131698**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9997731099

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	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.600	$ 0	$ 48.600
SUBTOTALES:										**$ 48.600**	**$ 0**	**$ 48.600**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 38.000
SUBTOTALES:													**$ 38.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 38.000**

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	$ 1.600	$ 1.600	$ 0	$ 0	$ 1.600
SUBTOTALES:									**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 80117198	LOPEZ LOPEZ IVAN ARMANDO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000				NO	24																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	7	$ 303.334	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.600

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	7	$ 303.334	$ 38.000	$ 0	$ 38.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	7	$ 303.334	80117198	$ 1.600

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 88.200**

NOMBRE:NAYIBIS CERVANTES MERCADO
CC.57.271.309 de Fundacion
DIRECCION: Calle 128 D No 87- 60
TELEFONO: 3142804175

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:NAYIBIS CERVANTES MERCADO
CC.57.271.309 de Fundacion
DIRECCION: Calle 128 D No 87- 60

Por Concepto de:	Operario de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 24131606810 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 CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)**

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

NAYIBIS CERVANTES

NOMBRE:NAYIBIS CERVANTES MERCADO
CC.57.271.309 de Fundacion

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3883

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	NAYIBIS CERVANTES MERCADO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	57271309 1	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 128 D 87 60	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	nayibis.128@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERV. OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES COMUNIDAD GRATITUD BATAN CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:46:23

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

NOMBRE:LORAINE PAOLA DIAZ GUTIERREZ
CC.1.065.577.414
DIRECCION: Transversal 12 F bis Sur No. 45-61 San Jorge
TELEFONO: 304 3638218

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. 2024-02

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
NOMBRE:LORAINE PAOLA DIAZ GUTIERREZ
CC.1.065.577.414
DIRECCION: Transversal 12 F bis Sur No. 45-64 San Jorge

Por Concepto de:	Operaria de servicios generales Comunidad de Cuidado Gratitud
Periodo de pago:	Correspondientes del 01 al 29 de febrero 2024
Cuenta bancaria, cc,numero de cuenta,tipo de cuenta, banco	Cuenta de ahorros N° 801249723 Banco Bogota
Nombre del contrato, número del contrato, y localidad	Convenio 7462/2021 ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES. GRATITUD

La Suma de: DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($2,415,448)

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; 29 de febrero de 2024

Atentamente,

Lorraine Diaz G
NOMBRE:LORAINE PAOLA DIAZ GUTIERREZ
CC.1.065.577.414

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764064259428 que habilita desde CUDS1001 hasta CUDS10000. Vence 24-01-2025

No CUDS 3884

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	LORAINE PAOLA DIAZ GUTIERREZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1065577414	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	TV 12 F BIS SUR 445 64	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	loreine.25@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 02 2024

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	61653003	SERV DE OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES COMUNIDAD BATAN -- GRATITUD CPS:7462/2021 FEBRERO 2024	1	Und.	2.415.448	0,00	0	0,00	0	2.415.448

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	2.415.448
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.415.448
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	23.333
TOTAL DOCUMENTO:	2.392.115

Fecha y Hora de Generación: 28/02/2024 13:51:42

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____