DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8544

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	65748752	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CR 65B 75 10	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	contrato98332022@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERVICIO COORDINADORA MAYO 01 AL 30 CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.769.118	0,00	0	0,00	0	4.769.118

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS M/CTE

Subtotal:	4.769.118
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.769.118
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	46.070
TOTAL DOCUMENTO:	4.723.048

Fecha y Hora de Generación: 02/06/2026 17:25:14

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____C.C._____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Coordinación Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda No. 0550472900192783
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.

La Suma de: **CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS M/CTE. ($ 4.769.118)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

CARLOTA RAMIREZ SUAREZ
CC. 65748752 de Soacha

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-21, 02:23:31 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081283406

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824063493

PAGADO 21/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 65748752	CARLOTA RAMIREZ SUAREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.119.608	$ 339.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.119.608	$ 265.000	0,522	$ 2.119.608	$ 11.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 615.300

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
$ 2.119.608	$ 2.119.608	$ 2.119.608	$ 0	$ 339.200	$ 265.000	$ 11.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 615.300	$ 0	$ 615.300

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.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Transacción exitosa

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8824063493-202605-1795180. idTrans:1795180

Fecha y hora de la transacción

Mayo 21 de 2026 - 02:04 pm

Valor

$615.300

Impuestos

$0

Costo de la transacción

$0 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Dirección IP

190.146.88.19

Código único CUS

326327813

Número de factura

177939020116009

Número de aprobación

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8459

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	AYDA MARISOL SIERRA URREGO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1012341833	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 116A 71A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. TRABAJADOR SOCIAL |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.651	0,00	0	0,00	0	4.087.651

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.651
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.651
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.164

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. 2026-05

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Profesional en Trabajo Social Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros BANCO CAJA SOCIAL N° 24136100519
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012341833	AYDA MARISOL SIERRA URREGO	Calle 63 sur#78 J -38 apto 204 Torre 3	4791292	solmari095@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79426807	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$538.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012341833	AYDA MARISOL SIERRA URREGO		Calle 63 sur#78 J -38 apto 204 Torre 3	4791292	solmari095@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79426807	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$538.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1012341833	SIERRA URREGO AYDA MARISOL	59	0			N																	230201	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS010	1.816.734	30	227.100	14-11	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	11.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

INTERNET

-$ 538.300,00

2 de mayo de 2026

Sin categoría

Editar nota

Tipo
Movimiento

Descripción
COMPRA INTERNET

Nota

Pago Seguridad Social Mayo

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8460

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	BORIS DE JESUS PACHECO GONZALEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	72012513	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CR 13 140 46 CA 5	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3008028372	**Teléfono:**	7036962
Email	boris-tg2006@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. PSICOLOGO |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.652	0,00	0	0,00	0	4.087.652

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.652
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.652
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.165

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

C.C.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Profesional en Psicologia Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 392246740
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Boris Pacheco G

BORIS DE JESUS PACHECO GONZALEZ
CC. 72012513 de Baranoa

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BORIS DE JESUS PACHECO GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 3- 53 SUR	TELÉFONO:	7496624
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4649721188**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996846853

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.700	$ 0	$ 290.700
SUBTOTALES:										**$ 290.700**	**$ 0**	**$ 290.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.100	$ 0	$ 0	$ 227.100
SUBTOTALES:													**$ 227.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 227.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 72012513	PACHECO GONZALEZ BORIS DE JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.816.734				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.700	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.816.734	$ 227.100	$ 0	$ 227.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.816.734	72012513	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 527.300

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9643552911	DV: 924614
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	20/05/2026 09:19:56
PAP:	913567
Identificacion:	72012513
Nombre:	BORIS
Apellido 1:	PACHECO
Apellido 2:	UHUGU
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	6545454
Codigo Planilla:	4649721188
Periodo Pago:	2026/05
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 72012513	Valor: $527.300,00

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8461

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	ANDRES PARADA HERNANDEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	16070776	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 116A 71A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. PSICOLOGO |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.652	0,00	0	0,00	0	4.087.652

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.652
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.652
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.165

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Profesional en Psicologia Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda No. 466600029725
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

ANDRÉS PARADA HERNÁNDEZ
CC. 16.070.776

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-20, 01:20:31 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1081289175

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

PAGADA 20/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III. TOTALES

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

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8462

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	YANETH MONTENEGRO VARGAS	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	52479701	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 80 I 51 53	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3115565038	**Teléfono:**	7036962
Email	ymv78@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. TERAPEUTA OCUPACIONAL |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.652	0,00	0	0,00	0	4.087.652

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.652
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.652
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.165

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Terapeuta Ocupacional Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco de Bogotà N° 380198333
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

YANETH MONTENEGRO VARGAS
CC. 52.479.701 DE BOGOTÁ

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52479701	YANETH MONTENEGRO VARGAS	CRA 80 I 51 53 SUR	4811776	YMV78@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82782173	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$563.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52479701	YANETH MONTENEGRO VARGAS	CRA 80 I 51 53 SUR	4811776	YMV78@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82782173	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$563.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52479701	MONTENEGRO VARGAS YANETH	59	0			N																	25-14	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS008	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 614202

Lunes, 18 de mayo de 2026, 7:56:24 p. m.

Detalle

$563.700
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *8333
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha y hora inicio transacción	2026-05-18 19:54:24
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	82782173
Código Único de Seguimiento	318561091
Dirección IP:	181.142.172.91

Referencia 1:	181.142.172.91
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52479701

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8463

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	ROCIO SUSANA CAMPO YANIS	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	32828565	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 96 61 B 17 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3006158604	**Teléfono:**	7036962
Email	susanacampo1970@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. NUTRICIONISTA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.651	0,00	0	0,00	0	4.087.651

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.651
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.651
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.164

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Nutricionista Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos- Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social N° 24125440820
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

ROCIO SUSANA CAMPO YANIZ
CC. 32.828.565 DE SOLEDAD

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-11, 06:21:36 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081362731

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

PAGADO 10/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III.TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

¡Hola, Rocio Susana Campo Yaniz!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 527.300

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823544143-202605-1759714. idTrans:1759714

Fecha de la transacción: 10/05/2026

CUS: 296889253

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8464

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:

Razón Social / Nombre y Apellidos:	LAURA JULIETH CUBILLOS LOPEZ
Nit:	1012401339
Dirección:	CALLE 116 A NO. 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.
Teléfono:	6017036962
Email	ocntabilidadhogares4@gmail.com

Datos de Adquiriente:

Razón Social:	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	900175374 - 5
Dirección:	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogotá D.C.
Teléfono:	7036962
Email:	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	521040	SERV. PROFESIONAL NBC EN DEPORTES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	4.087.652	0,00	0	0,00	0	4.087.652

Total de Item: 1

Valor en Letras CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

Subtotal:	4.087.652
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	4.087.652
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	39.487
TOTAL DOCUMENTO:	4.048.165

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

C.C.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Profesional NBC en Deportes, Educación Física y Recreación - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550488427328577
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**CUATRO MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE. ($4.087.651)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012401339	LAURA JULIETH CUBILLOS LOPEZ	CRA86 G BIS N67 21 DUR	3204929349	laurac2904@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83781866	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$563.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012401339	LAURA JULIETH CUBILLOS LOPEZ	CRA86 G BIS N67 21 DUR	3204929349	laurac2904@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83781866	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,816,734	$563.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1012401339	CUBILLOS LOPEZ LAURA JULIETH	59	0			N																	230301	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS037	1.816.734	30	227.100	14-11	1.816.734	30	1	9.500	CCF24	1.816.734	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Laura Julieth Cubillos López!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 563.700,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 19/05/2026

CUS: 320026097

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8465

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	JOHAN ESNEIDER HUERFANO LONDOÑO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1021669866	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 116 A NO. 71 A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidad4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. AUX DE ENFERMERIA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social No. 24141967954
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

JOHAN SNEIDER HUÉRFANO LONDOÑO
CC. 1021669866

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1021669866		HUERFANO LONDOÑO JOHAN ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 g este # 21-33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7663580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	332376012	9505227780	I	2026/06/17	2026/05/25	NEQUI	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

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

Scanned with CamScanner

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505227780

Tienda

APORTES EN LINEA

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción

24 de mayo de 2026 a las 5:52 a. m.

CUS

332376012

¿Cuánto?

$ 508.300,00

Factura de comercio

9505227780

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

s-pse.nequi.com.co

Scanned with CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8466

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	MIGUEL ANGEL ORTIZ PENA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1021312042	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 116 A NO. 71 A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidad4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. AUX DE ENFERMERIA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Colpatria No. 4662063500
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Miguel Angel Ortiz

MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA
CC. 1021312042

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1021312042	MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA	Calle 17 sur N39-55	3143639234	miguel1021312042@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84304613	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1021312042	MIGUEL ANGEL ORTIZ PEÑA		Calle 17 sur N39-55	3143639234	miguel1021312042@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84304613	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

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

PAGADA

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

¡Hola, miguel anegel ortiz peña!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 508.300,00
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 20/05/2026
CUS: 323059745

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin

Responder Reenviar

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8467

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1031153731	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLA 116 no. 17 a 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. AUX DE ENFERMERIA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Av Villas No. 085937832
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Sandra Esmeralda Gonzalez

SANDRA ESMERALDA GONZALEZ GONZALEZ
CC. 1031153731

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 09:57:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080836183

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

PAGADO 12/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.400	$ 0	$ 543.400

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8823364533

¿Cuánto?
$ 543.400,00

Fecha
11 de mayo de 2026 a las 08:43 p. m.

Referencia
M23108380

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8468

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	MARIA DE LOS ANGELES SANTA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1023896562	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 56 A No. 13 A - 16 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	maria.violet88@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. AUX DE ENFERMERIA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Auxiliar de Enfermeria- Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos - Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Bancolombia No. 91290127217
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

MARIA DE LOS ÁNGELES SANTA
CC. 1023896562

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 07:33:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081376745

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

PAGADO 15/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 18.300	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 552.500	$ 0	$ 552.500

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Sistema Integrado Multiple De Pagos

¿Cuánto?
$ 552.500,00

Fecha
15 de mayo de 2026 a las 07:12 a. m.

Referencia
M01291180

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8469

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	LEIDY JOHANNA CUBILLOS CORDOBA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1022993588	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 75 1C 07 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3214990582	**Teléfono:**	7036962
Email	leidyjo01@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. FACILITADORA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda N° 0550488416487509
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

leidy cubillos

LEIDY JOHANA CUBILLOS CORDOBA
CC. 1022993588 de Bogotá

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-12, 12:17:31 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082008976

Periodo Cotización 202605 **Periodo Servicio** 202605

PAGADA 2026-05-12

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

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

IV. TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
302264457

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
12/05/2026

Número de aprobación
00264457

Dirección IP
181.61.247.121

Valor transacción
$ 508.300

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1022993588

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8470

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	SOLANO LEIDY	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1000775226	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 116A 71A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	leidylorenasolanocantor120@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. FACILITADOR |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

C.C.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Bancolombia No. 40200039973
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-21, 04:25:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081420836

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

PAGADO 20/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000775226	LEIDY LORENA SOLANO CANTOR	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

III.TOTALES

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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 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.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Transacción exitosa

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8824004007-202605-1793313. idTrans:1793313

Fecha y hora de la transacción

Mayo 20 de 2026 - 08:56 pm

Valor

$508.300

Impuestos

$0

Costo de la transacción

$0 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Dirección IP

38.199.65.133

Código único CUS

324708633

Número de factura

177932848317690

Número de aprobación

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8471

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1030635923	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 81 C NO. 42 F 76	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:		**Teléfono:**	7036962
Email	l.y.c.a_14@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. FACILITADORA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

NOMBRE: **LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE**
CC. 1.030.635.923 de Bogotà
DIRECCION: Bogotá , Colombia
TELEFONO: 3107740093

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE
CC. 1.030.635.923 de Bogotà
DIRECCION: Bogotá , Colombia

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Davivienda N° 0550488453005537
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE
CC. 1.030.635.923 de Bogotà

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030635923	LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE	Carrera 81c # 42F-76	3107740093	leidycruzaraque@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83923122	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030635923	LEIDY YOJANA CRUZ ARAQUE	Carrera 81c # 42F-76	3107740093	leidycruzaraque@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83923122	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1030635923	CRUZ ARAQUE LEIDY YOJANA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Leidy yojana cruz araque !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 508.300,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 20/05/2026

CUS: 323197372

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8472

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	PILAR SIERRA TORRALBA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	52374330	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 116 NO 71 A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. FACILITADORA |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Técnico Facilitadores - Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550488411558379
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Pilar Sierra T.
PILAR SIERRA TORRALBA
CC. 52374330 DE BOGOTÁ

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6014971343**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	307766358

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52374330	SIERRA TORRALBA PILAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	52374330	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Fecha
14 de mayo de 2026 a las 12:54 p. m.

Referencia
M08985398

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8473

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1022416242	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 80 BIS SUR 91 90	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3227748989	**Teléfono:**	7036962
Email	tatiana.a-02@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523515	SERV. TECNICA GESTIÓN DOCUMENTAL |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.272.212	0,00	0	0,00	0	2.272.212

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.272.212
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.272.212
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	21.950
TOTAL DOCUMENTO:	2.250.262

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Técnico administrativo o de gestión documental y archivo-Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda No. 0550488452954768
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA.
La Suma de:	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($2.272.212)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Anyie Tatiana Barajas Alba

ANYIE TATIANA BARAJAS ALBA
CC. 1022416242 DE BOGOTÁ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-26, 04:08:18 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080826468

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

PAGADA 08/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III. TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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


DAVIplata
PAGO DE SERVICIO O CONVENIO
DaviPlata ******8989
Transacción exitosa
Fecha y hora: 08-05-2026 08:08 pm
N° Aprobación: 850613
Valor
$508.300,00
Nombre de la transacción
Pago de servicio o convenio
Motivo
Banco Davivienda S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8474

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	YISNEYS VEGA JARAMILLO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1067903224 3	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CR 2 A ESTE 46 B 18 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3002666859	**Teléfono:**	7036962
Email	noaplica@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. MANIPULADORA ALIMENTOS |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.614	0,00	0	0,00	0	2.119.614

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.614
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.614
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.139

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 1e2eccc580a284c0ff266df1b8d72dc0b2fec60f195fe40976aa6bd203b3c77b9433114a370556e07c5231c0855f914f --Fecha y Hora de Expedición : 29/05/2026 12:50:06 p. m.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 0392267662
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

YISNEYS VEGA JARAMILLO
CC. 1067903224

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-08, 02:25:56 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 85552159

Periodo Cotización 202605 **Periodo Servicio** 202605

PAGADA 2026-05-08

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

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

IV. TOTALES

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

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
292650887

Destino de pago
ENLACE OPERATIVO S.A.

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
08/05/2026

Número de aprobación
00650887

Dirección IP
186.194.62.114

Valor transacción
$ 508.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1067903224

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8476

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	MARISELA RIVERA LEAL	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	52457758	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 49 B SUR 9 A 56 TO 1 AP 601	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3143711376	**Teléfono:**	7036962
Email	stewartaleja@hotmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. MANIPULADORA ALIMENTOS |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 0392245437
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Marisela Rivera Real
MARISELA RIVERA REAL
CC. 52.457.758 DE BOGOTÁ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-22, 08:59:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082230972

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824137532

PAGADO 22/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III.TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	**2026-05-22**
Hora	**08:38:46**
Punto de Venta	**259365**
Numero de aprobacion UPC	**352733**
Tipo de transaccion	**Recaudo**
ID Transaccion Puntored	**1449946125**
Codigo del Convenio	**11141**
Nombre del Convenio	**PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE - 0408**
Referencia del Pago	**8824137532**
Valor Pago	**$508,300**

Línea de atención personalizada en Bogotá: 601 3487881
Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo, analítica de datos y comercializar la información procesada, para ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona PUNTORED y /o para contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8475

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	LUZ ESPERANZA RIOS TORRES	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	53891712	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 45 10 09	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3046510334	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. MANIPULADORA ALIMENTOS |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0550456800075628
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Luz Esperanza Rios Torres

LUZ ESPERANZA RIOS TORRES
CC. 53891712 DE SOACHA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-25, 03:32:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081497493

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

PAGADO 25/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ESPERANZA RIOS TORRES		
Documento	CC53891712	**Dirección**	CL 45 #10 - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3046510334
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53891712	LUZ ESPERANZA RIOS TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

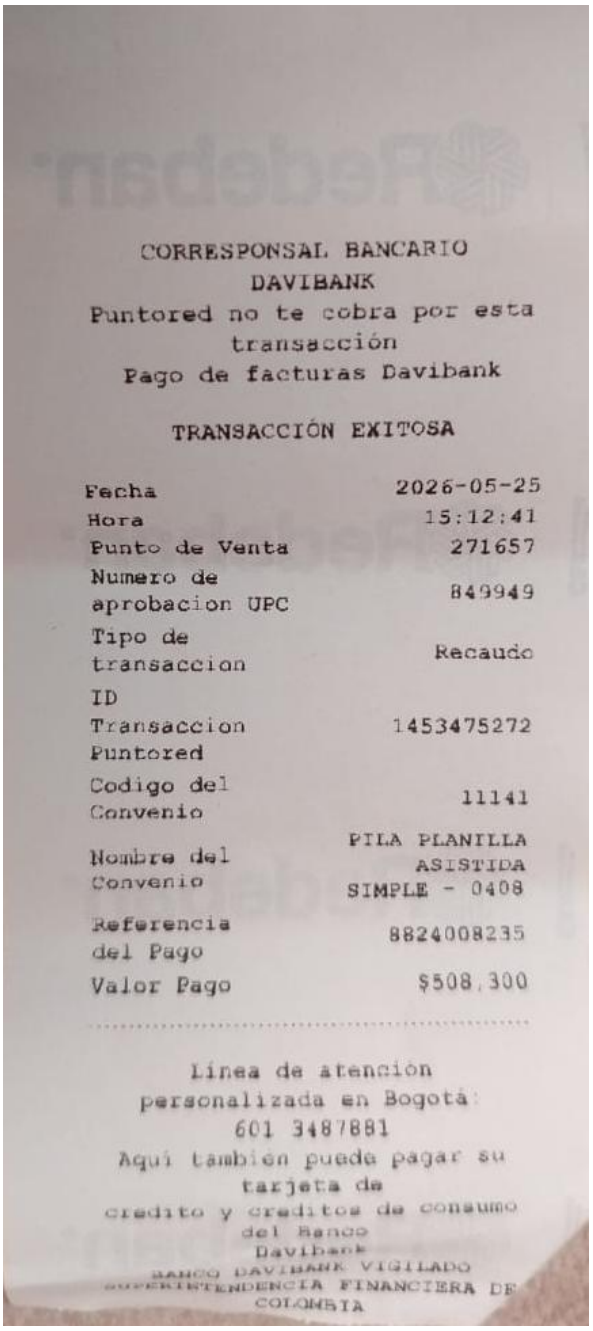
III.TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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



CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-05-25
Hora	15:12:41
Punto de Venta	271657
Numero de aprobacion UPC	849949
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1453475272
Codigo del Convenio	11141
Nombre del Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE - 0408
Referencia del Pago	8824008235
Valor Pago	$508.300

Línea de atención personalizada en Bogotá:
601 3487881
Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8477

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	MARTHA LIGIA RODRIGUEZ ESCOBAR	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	22457608	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 116A 71A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. MANIPULADORA ALIMENTOS |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

NOMBRE: **MARTHA LIGIA RODRIGUEZ ESCOBAR**
C.C 22.457.608 DE BARANOA
DIRECCION: CRA 73D # 69F-13 SUR
TELEFONO: 3017316852

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A
MARTHA LIGIA RODRIGUEZ ESCOBAR
C.C 22.457.608 DE BARANOA
DIRECCION: CRA 73D # 69F-13 SUR

Por Concepto de:	Operaria de Cocina Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos -Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco de Bogotá No. 474296431
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Martha Rodriguez

MARTHA LIGIA RODRIGUEZ ESCOBAR
C.C 22.457.608 DE BARANOA

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 22457608		RODRIGUEZ ESCOBAR MARTHA LIGIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 58 # 74 - 32 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017316852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000777	9504851822	I	2026/06/03	2026/05/26	BANCO DE BOGOTA	0	$228,100

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)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	22457608	RODRIGUEZ MARTHA		0	$0	$0	ESSC07	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22457608		RODRIGUEZ ESCOBAR MARTHA LIGIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 58 # 74 - 32 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017316852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000777	9504851822	I	2026/06/03	2026/05/26	BANCO DE BOGOTA	0	$228,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$228,100**	**$0**	**$0**	**$228,100**

MAY 25 2026 17:26:07 RBMDES10.5

CORRESPONSAL
SERGIO COM 1
CR 65 58 03 SUR LC 4

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016288961 TER: GAONZ490
V. ELECTRON Cc
**8975 RECIBO: 024570 RRN: 046065
APRO: 306512

RECAUDO

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009504851822

** PAGO FACTURA **

TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 228.100

*** CLIENTE ***

MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8478

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 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIA SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

NOMBRE: **ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA**

CC.52242816

DIRECCION: TV 20d # 61-30 sur

TELEFONO: 3116840511

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

DEBE A

ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA

CC. 52.242.816

DIRECCION: TV 20d # 61-30 sur

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco de Bogotá N° 450220744
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Rosa Vega

ROSA IDALIDES VEGA ARTEAGA
CC. 52242816

aportes en línea

Certificado de Aportes

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

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9505142399	328485926	I	2026-05-22	EPS	EPSC34	CAPITAL SALUD	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	12.5%	$218,900
9505142399	328485926	I	2026-05-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	16%	$280,200
9505142399	328485926	I	2026-05-22	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-05	30																		$0
9505142399	328485926	I	2026-05-22	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-05	30																		$0
9505142399	328485926	I	2026-05-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-05	30																	0%	$0
9505142399	328485926	I	2026-05-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-05	30																	0%	$0
9505142399	328485926	I	2026-05-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	1.044%	$18,300

Este certificado se expide el día 2026-05-22 a las 11:19.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52242816		VEGA ARTEAGA ROSA IDALIDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 58 Sur #19B-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1781941	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	328485926	9505142399	I	2026/06/04	2026/05/22	NEQUI	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

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

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 517.400,00

Fecha
22 de mayo de 2026 a las 11:19 a. m.

Referencia
M06776016

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8479

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	FRANCO ARNULFO FAJARDO CABRERA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1022941716	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CR 4 A 101 25 SUR	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3128642607	**Teléfono:**	7036962
Email	francoa@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIA SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operario de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Caja Social N° 24113463697
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYO LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Franco Fajardo
FRANCO ARNULFO FAJARDO
CC. 1022941716

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-25, 06:52:46 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1081487796

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

PAGADA 25/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

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

III. TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9644149856 DV: 888344
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 25/05/2026 09:36:28
PAP: 905792
Nombre: franco
Apellido 1: arnulfo
NUM PLANILLA: 8823458089
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1022941716
PERIODO: 202605
Referencia: 8823458089Valor: $508.300,00

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8480

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	CAROLINA DEL PILAR VELANDIA CASTRO	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	52479280	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CALLE 116 A NO. 71 A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	contabilidadhogares4@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIO SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Confiar Cooperativa N° 980035976
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

CAROLINA DEL PILAR VELANDIA CASTRO
CC. 52479280

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52479280		VELANDIA CASTRO CAROLINA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 80 BIS SUR N 95 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	44980136	9505224239	I	2026/06/19	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52479280		VELANDIA CASTRO CAROLINA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE 80 BIS SUR N 95 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	44980136	9505224239	I	2026/06/19	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

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

CORRESPONSAL BANCARIO

BANCO DE OCCIDENTE SA

Puntored no le cobra por esta transaccion

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-05-25
Hora	11:03:23
Terminal	306705
Punto de Venta	203766
Numero de aprobacion UPC	980136
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1453157272
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA - 1506
Cod. Convenio	8856
Comercio	406095
Referencia del Pago	9505224239
Valor Pago	$508.300

Línea de atención Nacional 01 8000 512825 Opción 2 Email: corresponsalesaval@ventasyservicios.com.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8481

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	NUBIA PATRICIA RAMIREZ SUAREZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	52037092	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 75 SUR 1 A 85 ESTE	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3153510615	**Teléfono:**	7036962
Email	patriciar1371@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIA SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco BBVA N° 392245122
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

NUBIA PATRICIA RAMIREZ SUAREZ
CC. 52037092

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52037092		RAMIREZ SUAREZ NUBIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 75 SUR#1 A 87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6800144	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	93000844	9504169980	I	2026/06/23	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52037092		RAMIREZ SUAREZ NUBIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 75 SUR#1 A 87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6800144	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	93000844	9504169980	I	2026/06/23	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9644150280 DV: 720586
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 25/05/2026 09:37:47
PAP: 905792
Nombre: NUBIA
Apellido 1: PATRICIA RAMIREZ
NUM PLANILLA: 9504169980
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52037092
PERIODO: 202605
Referencia: 9504169980Valor: $508.300,00

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

Powered by CamScanner

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8482

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	INES MATILDE SOLANO JIMENEZ	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1067876090	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CRA 4 188 58	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	3217193281	**Teléfono:**	7036962
Email	inesmsolano@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIA SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operaria de Servicios Generales -Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Bancolombia N° 33758885068
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,

Ines Solano J
INES MATILDE SOLANO JIMENEZ
CC. 1.067.876.090

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-11, 09:31:11 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 85558038

Periodo Cotización 202605 **Periodo Servicio** 202605

PAGADA 2026-05-11

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

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

IV. TOTALES

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

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
298725426

Destino de pago
ENLACE OPERATIVO S.A.

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
11/05/2026

Número de aprobación
00725426

Dirección IP
186.194.62.114

Valor transacción
$ 508.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.29.10.57	CC	1067876090

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

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764105256172 que habilita desde CUDS7662 hasta CUDS10000. Vence 30-01-2027

No CUDS 8483

Numero Documento Externo:

Datos de Emisor:		Datos de Adquiriente:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA	**Razón Social:**	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA
Nit:	1001060574	**Nit:**	900175374 - 5
Dirección:	CL 116A 71A 39	**Dirección:**	Dirección: CALLE 116 A 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6017036962	**Teléfono:**	7036962
Email	nclsmrchn@gmail.com	**Email:**	Contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 29 05 2026

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.	Valor Unit.	% Desc.	Desc.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	523505	SERV. OPERARIO SERVICIOS GENERALES |MAYO 01 AL 30 | CPS 8072 TRANSITORIO	1	Und.	2.119.615	0,00	0	0,00	0	2.119.615

Total de Item: 1

Valor en Letras DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Subtotal:	2.119.615
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	2.119.615
Total Retefuente:	0
Total Reteica:	20.475
TOTAL DOCUMENTO:	2.099.140

Fecha y Hora de Generación: 29/05/2026 12:24:46

Firma del Vendedor o quien presta el servicio

_____**C.C.**_____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No. **2026-05**

ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

NIT: 900.175.374-5

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

Por Concepto de:	Operario de Servicios Generales Centro de Cuidado Transitorio Antonia Santos-Bosa
Periodo de pago:	Del 01 al 27 de Mayo de 2026
Cuenta bancaria: Nùmero de cuenta, tipo de cuenta, banco	Cuenta de Ahorros Banco Davivienda N° 0570488471689130
Nombre del contrato, número del contrato y localidad	CONVENIO 8072/2025 ATENCIÓN TRANSITORIA PARA PERSONAS MAYORES. LOCALIDAD BOSA .
La Suma de:	**DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE. ($2.119.615)**

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

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

Bogotá, 27 de mayo 2026

Atentamente,



NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA
CC. 1001060574 DE BOGOTÁ

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001060574	NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA	CL 48Z BIS 5D 26	3232516120	roldanniko31@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85478363	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001060574	NICOLAS ALEJANDRO MERCHAN PEÑA		CL 48Z BIS 5D 26	3232516120	roldanniko31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85478363	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001060574	MERCHAN PEÑA NICOLAS ALEJANDRO	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
25 de mayo de 2026 a las 2:22 p. m.

CUS
335135704

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Factura de comercio
85478363

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir