BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

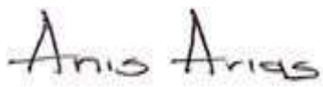
ANYS GISSET ARIAS VÁSQUEZ

C.C 1.123.731.040 DE MOLINO LA GUAJIRA

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Trabajo Social en el convenio 2120 de 2026con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



ANYS GISSET ARIAS VÁSQUEZ
C.C 1.123.731.040 MOLINO LA GUAJIRA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13799

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANYS GISSET ARIAS VASQUEZ		
NIT o C.C.	1123731040	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 24 39B 25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL NUTRICIONISTA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123731040		ARIAS VASQUEZ ANYS GISSET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 # 11-15	SIBATE-CUNDINAMARCA	9030224	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	443545585	9506804865	I	2026/07/09	2026/07/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$553,000

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
1	CC	1123731040	ARIAS VASQUEZ ANYS GISSET	230301	30	$1,871,237	$299,400	EPS005	30	$1,871,237	$234,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,871,237	$19,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,871,237**	**$299,400**			**$1,871,237**	**$234,000**			**$0**	**$0**			**$1,871,237**	**$19,600**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,400	$0	$0	$299,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$299,400	$0	$0	$299,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,600	$0	$0	$19,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$19,600	$0	$0	$19,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0	$0	$234,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$234,000	$0	$0	$234,000
TOTAL				**1**	**$553,000**	**$0**	**$0**	**$553,000**

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

LADY TATIANA NOMESQUI GARCIA

C.C. No. 1.024.471.371 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Trabajo Social en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



LADY TATIANA NOMESQUI GARCIA
C.C. No. 1.024.471.371 DE BOGOTÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13801

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LADY TATIANA NOMESQUI GARCIA		
NIT o C.C.	1024471371	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 3 2 24 SEGUNDO PISO	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Tibacuy		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024471371	LADY TATIANA NOMESQUI GARCIA	CALLE 3 2 24 BARRIO CENTRO	8210589	lnomesquigarcia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	TIBACUY		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93177776	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$543.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	234.000	0		0		0	0	0	0	234.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	299.400	0	0	0	0	0	0		299.400	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	9.800				9.800	0	0	9.800			98	9.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	234.000	234.000
Pensión	1	299.400	299.400
Riesgos Laborales	1	9.800	9.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	543.200	543.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024471371	LADY TATIANA NOMESQUI GARCIA	CALLE 3 2 24 BARRIO CENTRO	8210589	lnomesquigarcia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	TIBACUY		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93177776	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$543.200	

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	Dias	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1024471371	NOMESQUI GARCIA LADY TATIANA	57	0			N																	231001	1.871.237	30	299.400	0	0	0	0	EPS008	1.871.237	30	234.000	14-23	1.871.237	30	1	9.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

FABIOLA ALFONSO MORENO

C.C. No. 39.725.155 DE SIBATÉ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Terapeuta Ocupacional en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,

FABIOLA ALFONSO MORENO
C.C. No. 39.725.155 DE SIBATÉ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13804

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
FABIOLA ALFONSO MORENO		
NIT o C.C.	39725155	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	DIAG 9#11A-25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FABIOLA ALFONSO MORENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-39725155
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-01
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-14
FECHA DE PAGO:	2026-07-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641687135
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8614210486
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.871.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.000	$ 234.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.871.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.500	$ 299.500
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 1.871.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.800	$ 9.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.300	$ 543.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/08/2026

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

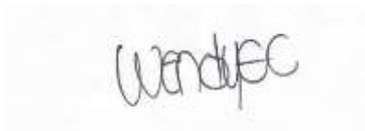
WENDY YURLADY ESCOBAR CABALLERO

C.C. No. 1.072.495.258 TABIO

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Enfermería en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



WENDY YURLADY ESCOBAR CABALLERO
C.C. No. 1.072.495.258 SILVANIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13795

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
WENDY ESCOBAR CABALLERO		
NIT o C.C.	1072495258	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 89-72	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Silvania		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072495258		ESCOBAR CABALLERO WENDY YURLADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 9 # 9 - 44	SILVANIA-CUNDINAMARCA	3188476238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	1000000682	9507026278	I	2026/07/15	2026/07/01	BANCO DE BOGOTA	0	$579,000

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)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$45,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$45,600		$0	$0
Ciudad: SILVANIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$45,600		$0	$0
1	CC	1072495258	ESCOBAR WENDY	230301	30	$1,871,237	$299,400	MIN002	30	$1,871,237	$234,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,871,237	$45,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$45,600		$0	$0

Scanned with CamScanner

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 1072495258		ESCOBAR CABALLERO WENDY YURLADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 9 # 9 - 44	SILVANIA-CUNDINAMARCA	3188476238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	1000000682	9507026278	I	2026/07/15	2026/07/01	BANCO DE BOGOTA	0	$579,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,400	$0	$0	$299,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$299,400	$0	$0	$299,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0	$0	$45,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$45,600	$0	$0	$45,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0	$0	$234,000
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$234,000	$0	$0	$234,000
TOTAL				1	$579,000	$0	$0	$579,000

Scanned with CamScanner

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

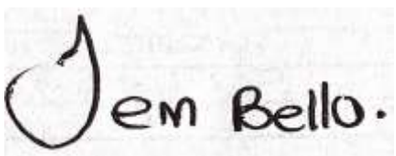
JEM EDITH BELLO RAMIREZ

C.C. No. 1.116.797455, DE ARAUCA

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Enfermería en el convenio 2120 de 2026con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



JEM EDITH BELLO RAMIREZ
C.C. No. 1.116.797455, DE ARAUCA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13794

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JEM EDITH BELLO		
NIT o C.C.	1116797455	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 18-43	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1116797455	JEM EDIHT BELLO RAMIREZ	CALLE 69 M # 46C - 12 SUR	0000000	bellojem19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92179989	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$892.300	

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	360.500	0		0		0	0	0	0	360.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	461.500	0	0	0	0	0	0		461.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	70.300				70.300	0	0	70.300			703	70.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	360.500	360.500
Pensión	1	461.500	461.500
Riesgos Laborales	1	70.300	70.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	892.300	892.300

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	1116797455	JEM EDIHT BELLO RAMIREZ	CALLE 69 M # 46C - 12 SUR	0000000	bellojem19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92179989	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$892.300	

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	Excarcelado	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 1116797455	BELLO RAMIREZ JEM EDIHT	57	0			N																	230301	2.884.000	30	461.500	0	0	0	0	EPS008	2.884.000	30	360.500	14-11	2.884.000	30	3	70.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

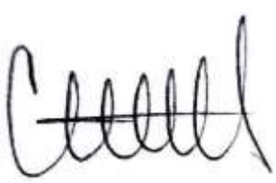
MARIA CAMILA BURGOS HEREDIA

C.C. No. 1.072.195.805 DE SIBATÉ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Enfermería en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



MARIA CAMILA BURGOS HEREDIA
C.C. No. 1.072.195.805 DE SIBATÉ

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	1072195805	MARIA CAMILA BURGOS HEREDIA	transversal 13 #10B-05	7251123	bherediacamila@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92746482	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$579.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	234.000	0		0		0	0	0	0	234.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	299.600	0	0	0	0	0	0		299.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.700				45.700	0	0	45.700			457	45.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	234.000	234.000
Pensión	1	299.600	299.600
Riesgos Laborales	1	45.700	45.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	579.300	579.300

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	1072195805	MARIA CAMILA BURGOS HEREDIA	transversal 13 #10B-05	7251123	bherediacamila@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92746482	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$579.300	

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	Excarcelado	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 1072195805	BURGOS HEREDIA MARIA CAMILA	59	0			N																	25-14	1.872.000	30	299.600	0	0	0	0	EPS037	1.872.000	30	234.000	14-11	1.872.000	30	3	45.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

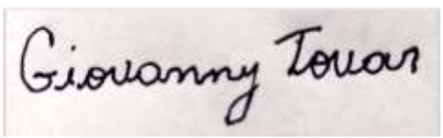
GIOVANNY JOSE TOVAR GARCIA

C.C. No. 1.129.946.921 DE ARAGUA

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Enfermería en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



GIOVANNY JOSE TOVAR GARCIA
C.C. No. 1.129.946.921 DE ARAGUA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13796

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
GIOVANNY JOSE TOVAR		
NIT o C.C.	1127946921	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 85-468	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1127946921	GIOVANNY JOSE TOVAR GARCIA	carrera 9 # 19 - 21	5373096	Giovannyjosetovar2hijos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92801824	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$892.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	360.500	0		0		0	0	0	0	360.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	461.500	0	0	0	0	0	0		461.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	70.300				70.300	0	0	70.300			703	70.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	360.500	360.500
Pensión	1	461.500	461.500
Riesgos Laborales	1	70.300	70.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	892.300	892.300

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	1127946921	GIOVANNY JOSE TOVAR GARCIA	carrera 9 # 19 - 21	5373096	Giovannyjosetovar2hijos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92801824	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$892.300	

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 1127946921	TOVAR GARCIA GIOVANNY JOSE	57	0			N																	230201	2.884.000	30	461.500	0	0	0	0	EPS017	2.884.000	30	360.500	14-11	2.884.000	30	3	70.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

JUAN SEBASTIAN PERRILA FLOREZ

C.C. No. 1.024.596.283 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Artes en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



JUAN SEBASTIAN PERRILA FLOREZ
C.C. No. 1.024.596.283 DE BOGOTÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13798

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JUAN SEBASTIAN PERILLA FLOREZ		
NIT o C.C.	1024596283	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 24 39B 25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ARTE CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024596283		JUAN SEBASTIAN PERILLA FLOREZ	INDEPENDIENTE	Principal	TRA 73 H #73 b 14 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3193571768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	437179070	9507224529	I	2026/07/22	2026/07/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$543,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$9,800		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$9,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$9,800		$0	$0
1	CC	1024596283	PERILLA JUAN	230201	30	$1,871,237	$299,400	EPS037	30	$1,871,237	$234,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,871,237	$9,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,871,237	$299,400			$1,871,237	$234,000			$0	$0			$1,871,237	$9,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024596283		JUAN SEBASTIAN PERILLA FLOREZ	INDEPENDIENTE	Principal	TRA 73 H #73 b 14 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3193571768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	437179070	9507224529	I	2026/07/22	2026/07/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$543,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,400	$0	$0	$299,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$299,400	$0	$0	$299,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$0	$0	$9,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,800	$0	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0	$0	$234,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$234,000	$0	$0	$234,000
TOTAL				1	$543,200	$0	$0	$543,200

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

YERLY LIZETH HILARION FORERO

C.C. No. 1.030.608.583 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Fisioterapia en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,

lizeth Hilarion F.

YERLY LIZETH HILARION FORERO
C.C 1.030.608.583 DE BOGOTÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13802

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YERLY LIZETH HILARION FORERO			
NIT o C.C.	1030608583		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 168-85		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030608583		HILARION FORERO YERLY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41sur # 89c 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4536455	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	440208780	9505706525	I	2026/07/21	2026/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$579,000

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)					$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$0	$0			$1,871,236	$45,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$0	$0			$1,871,236	$45,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$0	$0			$1,871,236	$45,600		$0	$0
1	CC	1030608583	HILARION YERLY	230201	30	$1,871,236	$299,400	EPS005	30	$1,871,236	$234,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,871,236	$45,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$0	$0			$1,871,236	$45,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030608583		HILARION FORERO YERLY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41sur # 89c 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4536455	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	440208780	9505706525	I	2026/07/21	2026/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$579,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,400	$0	$0	$299,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$299,400	$0	$0	$299,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0	$0	$45,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$45,600	$0	$0	$45,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0	$0	$234,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$234,000	$0	$0	$234,000
TOTAL				1	$579,000	$0	$0	$579,000

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

JOSE MIGUEL ACOSTA GALVIS
C.C. No. 79.790.765 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Psicología en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



JOSE MIGUEL ACOSTA GALVIS
C.C. No.79.790.765 DE BOGOTÁ

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13800

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JOSE MIGUEL ACOSTA GALVIS			
NIT o C.C.	79790765		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 25-16-16		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PSICOLOGO CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-01, 01:41:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082415910

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824016817

PAGADO 01/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE MIGUEL ACOSTA GALVIS		
Documento	CC79790765	**Dirección**	CR 68D #40 - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3168701194
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 79790765	JOSE MIGUEL ACOSTA GALVIS	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.871.237	$ 299.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.871.237	$ 234.000	0,522	$ 1.871.237	$ 9.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.871.237	$ 1.871.237	$ 1.871.237	$ 0	$ 299.400	$ 234.000	$ 9.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.200	$ 0	$ 543.200

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

BOGOTÁ, 30 DE JUNIO 2026

CUENTA DE COBRO N. 01

LA CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. No. 830018406

DEBE A:

LIZETH CATHERINE CERQUERA CAICEDO

C.C. No. 1.124.860.156 DE MOCOA

LA SUMA DE: SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($605.578)

Por concepto de: Pago por la prestación de servicios como Profesional en Gerontología en el convenio 2120 de 2026 con la Secretaría de Integración Social "centro de comunidad de cuidado". En el periodo comprendido desde el (27 de JUNIO del 2026 al 30 de JUNIO de 2026).

Cordialmente,



LIZETH CATHERINE CERQUERA CAICEDO

C.C 1.124.860.156 DE MOCOA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

13803

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LIZETH CATHERINE CERQUERA CAICEDO		
NIT o C.C.	1129860156	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 16-82	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/06/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN GERONTOLOGIA CONTRATO 2120 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO SILVANIA SDIS	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	605.578

Valor en Letras

QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**605.578**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**5.850**
TOTAL DOCUMENTO	**599.728**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1124860156	LIZETH CATHERINE CERQUERA CAICEDO	calle 33 sur 3 52 b 09	3103901941	lccerquerac@uqvirtual.edu.co	
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
		93033736	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$553.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	234.000	0		0		0	0	0	0	234.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	299.400	0	0	0	0	0	0		299.400	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	19.600				19.600	0	0	19.600			196	19.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	234.000	234.000
Pensión	1	299.400	299.400
Riesgos Laborales	1	19.600	19.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	553.000	553.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1124860156	LIZETH CATHERINE CERQUERA CAICEDO	calle 33 sur 3 52 b 09	3103901941	lccerquerac@uqvirtual.edu.co	
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
		93033736	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$553.000	

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	Excarcelado	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 1124860156	CERQUERA CAICEDO LIZETH CATHERINE	57	0			N																	230301	1.871.237	30	299.400	0	0	0	0	EPS008	1.871.237	30	234.000	14-11	1.871.237	30	2	19.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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