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	52790211	ANGELA ESPERANZA PEREZ BARAJAS	TRANSVERSAL 76A No. 81B-63	4793630	gmisosaludyopal@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
		94449593	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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	299.400	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	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	52790211	ANGELA ESPERANZA PEREZ BARAJAS	TRANSVERSAL 76A No. 81B-63	4793630	gmisosaludyopal@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
		94449593	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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	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 52790211	PEREZ BARAJAS ANGELA ESPERANZA	59	0			N																	25-14	1.871.236	30	299.400	0	0	0	0	EPS005	1.871.236	30	234.000	14-11	1.871.236	30	1	9.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
ANGELA ESPERANZA PÉREZ BARAJAS

C.C: 52790211

LA SUMA DE:
$4,541.835 COP

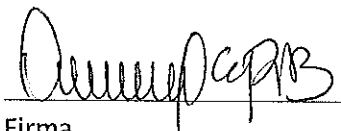
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Jefe de enfermería** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: Bango de Bogota
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 441582012

Atentamente,



Firma
Nombre: Angela Esperanza Pérez Barajas
C.C : 52790211
Cargo: Jefe de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14651

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGELA ESPERANZA PEREZ BARAJAS		
NIT o C.C.	52790211	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	transversal 76A 81 B 63	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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 1024585542		SANCHEZ MACIAS EDGAR JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 71 c 61 a 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	595350137	9509953902	I	2026/09/09	2026/08/26	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$553,200

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)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
1	CC	1024585542	SANCHEZ EDGAR	230301	30	$1,872,000	$299,600	EPS005	30	$1,872,000	$234,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,872,000	$19,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$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 1024585542		SANCHEZ MACIAS EDGAR JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 71 c 61 a 19 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	595350137	9509953902	I	2026/09/09	2026/08/26	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$553,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,600	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$299,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,600	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$19,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$234,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$553,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$299,600
$299,600
$19,600
$19,600
$234,000
$234,000
$553,200

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
EDGAR JOSE SANCHEZ MACIAS
C.C. 1.024.585.542

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

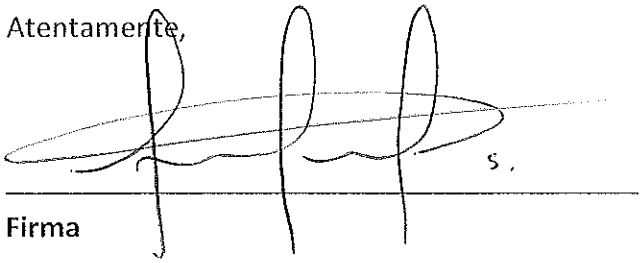
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **ENFERMERO**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Banco de Bogota
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 023325129

Atentamente,



Firma
Nombre: Edgar Jose Sanchez Macias
C.C.: 1.024.585.542
Cargo: Enfermero

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14652

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
EDGAR JOSE SANCHEZ MACIAS		
NIT o C.C.	1024585542	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**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	1032379512	HENRY DILBERTO MORALES MARROQUIN	Cll 39 Sur N 72 N 42	3112658927	moralesh201@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
		94086515	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$579.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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	45.600				45.600	0	0	45.600			456	45.600	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	45.600	45.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	579.000	579.000

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	1032379512	HENRY DILBERTO MORALES MARROQUIN	Cll 39 Sur N 72 N 42	3112658927	moralesh201@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
		94086515	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$579.000	

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	Excenvado	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 1032379512	MORALES MARROQUIN HENRY DILBERTO	59	0			N																	230201	1.871.236	30	299.400	0	0	0	0	EPS002	1.871.236	30	234.000	14-23	1.871.236	30	3	45.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
HENRY DILBERTO MORALES MARROQUIN

C.C. 1032379512 de Cédula]

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

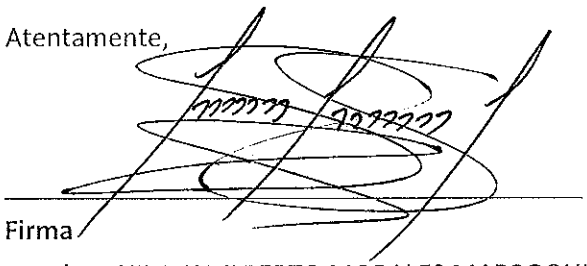
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Enfermero Jefe,** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 001670135993

Atentamente,



Firma
Nombre: HENRY DILBERTO MORALES MARROQUIN
C.C.: 1032379512
Cargo: ENFERMERO JEFE

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14653

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
HENRY DILBERTO MORALES MARROQUIN		
NIT o C.C.	1032379512	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**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	39584095	LINA PAOLA GARCIA MENDEZ	carrera 8 #170-52	3112162231	linapaolagarcia@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94531544		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$527.300	

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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.300	527.300

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	39584095	LINA PAOLA GARCIA MENDEZ	carrera 8 #170-52	3112162231	linapaolagarcia@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94531544		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$527.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 39584095	GARCIA MENDEZ LINA PAOLA	57	0			N																	230201	1.816.759	30	290.700	0	0	0	0	EPS005	1.816.759	30	227.100	14-11	1.816.759	30	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bogotá, D.C., 25 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Lina Paola García Méndez

C.C. 39.584.095

LA SUMA DE:

$ 4.541.835 (Cuatro millones quinientos cuarenta y un mil ochocientos treinta y cinco pesos m/cte)

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[enfermera jefe]**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **(01) y el (30) de (agosto) del 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** BBVA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 180426454

Atentamente,

39584045

Lina Paola García Méndez
C.C.: 39.584.095
Cargo: Enfemera jefe

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14654

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LINA PAOLA GARCIA MENDEZ		
NIT o C.C.	39584095	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 87A 127 59 IN 1 CA 14 CON CASAS DE SAN JORGE SUBA	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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 1033701887		SOTO ROZO SAMARIS CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29A #56F-15 SUR	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
2026-08	2026-08	585930449	9508847572	I	2026/09/18	2026/08/24	NEQUI	0	$616,500

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			$1,871,236	$37,500			$1,871,236	$45,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$1,871,236	$37,500			$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			$1,871,236	$37,500			$1,871,236	$45,600		$0	$0
1	CC	1033701887 SOTO SAMARIS	230901	30	$1,871,236	$299,400	EPS008	30	$1,871,236	$234,000	CCF24	30	$1,871,236	$37,500	14-11	30	$1,871,236	$45,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,871,236	$299,400			$1,871,236	$234,000			$1,871,236	$37,500			$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 1033701887		SOTO ROZO SAMARIS CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29A #56F-15 SUR	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
2026-08	2026-08	585930449	9508847572	I	2026/09/18	2026/08/24	NEQUI	0	$616,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,400	$0					$0	
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$299,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,500	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$0					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$234,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$616,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$299,400
$299,400
$45,600
$45,600
$37,500
$37,500
$234,000
$234,000
$616,500

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO
C.C. 1033701887

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: ENFERMERA en el marco del Convenio No. 6767 de 2026 con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL, en el periodo comprendido entre el 01 y el 31 del Agosto de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: AV VILLAS
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 546992616

Atentamente,

Firma
Nombre: SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO
C.C.: 1033701887
Cargo: ENFERMERA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14655

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SAMARIS CAROLINA SOTO ROZO		
NIT o C.C.	1033701887	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 59 SUR 10 23 TO 5 APTO 807	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	80028460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAHECHA MAHECHA WILLIAM ERNESTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 91 A 10 42 apto 1002	TELEFONO:	4339092
TIPO APORTANTE:	2 - INDEPENDIENTE	CLASE DE APORTANTE:	I - INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de asistencia social sin alojamiento
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO DE PAGOS APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTRARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO DE PLANILLA:	**2451827368**			TIPO DE PLANILLA:	I - INDEPENDIENTE
PERODO DE COTIZACIÓN O OTROS	MES: AGOSTO	AÑO:	2026	PERODO DE COTIZACIÓN:	MES: AGOSTO 2026
DIAS DE MORA	0				
FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd):	3/06/2026			NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:	99364395251148

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
230101	230101 COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES	1	$ 1.495.296	$ 0	$ 0	$ 93.456	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.495.296	$ 0	$ 1.495.296
SUBTOTALES										**$ 1.495.296**	**$ 0**	**$ 1.495.296**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORI	VALOR	NÚMERO AUTORI	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008- CAJA COLOMBIANA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.168.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.168.200	$ 0	$ 0	$ 1.168.200
SUBTOTALES													**$ 1.168.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.168.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No.	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		INCAPACIDAD POR ACCIDENTE		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	COTIZANTES	NÚMERO AUTORI	VALOR	NÚMERO AUTORI	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-28	ARL14-28 Administradora ARL SURA Compañía de Seguros	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.659	$ 0	0	$ 0	$ 227.659	$ 0	$ 0	$ 227.659
SUBTOTALES													**$ 227.659**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 227.659**

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																												PENSIÓN							SALUD						ARP											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGR	COLOMBIA EXTRANJE	REFORMA TRIBUTARI	RIG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CON	ORE	VAC	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	CC 80028460	MAHECHA MAHECHA WILLIAM ERNESTO	INDEPENDIENTE	N	$ 9.345.600			NO																		230101 COLPENSIONES ADMINISTRAD	30	$ 9.345.600	$ 1.495.296	$ 0	$ 93.456	$ 0	$ 0	$ 1.495.296	EPS008- CAJA COLOMBIANA DE COMPENSACI	30	$ 9.345.600	$ 1.168.200	$ 0	$ 1.168.200	ARL14-28 Administradora ARL	30	$ 9.345.600	INDEPENDIENTE	$ 227.659	30	$ 9.345.600	$ 373.824	$ 93.456	$ 186.912	$ 280.368

TOTAL	**$ 3.825.715**

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
William Ernesto Mahecha Mahecha

C.C: 80028460

LA SUMA DE:
$4,541.835 COP

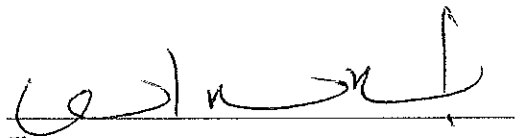
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Jefe de enfermería** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, **CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: Confiar Coop
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 380068635

Atentamente,



Firma
Nombre: William Ernesto Mahecha Mahecha

C.C: 80028460
Cargo: Jefe de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14656

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
WILLIAM ERNESTO MAHECHA MAHECHA		
NIT o C.C.	80028460	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 150 49 24 TO UNO AP 203	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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 52055750		MEZA LOZANO CLAUDIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 182 20 17 INT 6 APTO 422	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133229526	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	610941511	9508513770	I	2026/09/11	2026/08/31	NEQUI	0	$658,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 52055750	MEZA CLAUDIA	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS001	30	$2,000,000	$250,000	CCF24	30	$2,000,000	$40,000	14-23	30	$2,000,000	$48,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$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 52055750		MEZA LOZANO CLAUDIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 182 20 17 INT 6 APTO 422	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133229526	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	610941511	9508513770	I	2026/09/11	2026/08/31	NEQUI	0	$658,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0					$0	
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$250,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$658,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$320,000
$320,000
$48,800
$48,800
$40,000
$40,000
$250,000
$250,000
$658,800

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
CLAUDIA MÓNICA MEZA LOZANO
C.C. 52.055.750

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Nutricionista , en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** BANCOLOMBIA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 20445105368

Atentamente,

Firma
Nombre: Claudia Mónica Meza Lozano
C.C.: 52055750
Cargo: Nutricionista

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14657

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CLAUDIA MONICA MEZA LOZANO		
NIT o C.C.	52055750	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 24-33	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL NUTRICION CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-28, 04:12:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084437537

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824313554

PAGADO 27/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAYRA ALEJANDRA GALINDO VERGARA		
Documento	CC1140833386	**Dirección**	CR 67B #110 D - 33 BARRIO GAITAN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142736521
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 1140833386	MAYRA ALEJANDRA GALINDO VERGARA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.816.750	$ 290.700	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.816.750	$ 227.100	2,436	$ 1.816.750	$ 44.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 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
$ 1.816.750	$ 1.816.750	$ 1.816.750	$ 0	$ 290.700	$ 227.100	$ 44.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.100	$ 0	$ 562.100

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, D.C., 20 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
MAYRA ALEJANDRA GALINDO VERGARA

C.C. 1.140.833.386

LA SUMA DE:
$ 4.541.835

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **NUTRICIONISTA**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 30 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** NEQUI
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 3142736521

Atentamente,

Mayra Galindo

Firma
Nombre: MAYRA ALEJANDRA GALINDO VERGARA

C.C.: 1.140.833.386
Cargo: Nutricionista

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14658

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MAYRA ALEJANDRA GALINDO VERGARA		
NIT o C.C.	1140833386	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 67 B BIS 110 D 33	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL NUTRICION CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL DOCUMENTO	**4.541.835**

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	1233898373	LAURA PAOLA ESPINOSA MONTAÑA	Carrera 58c·153-08	3203764086	laura.espinosa9087@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
		94246424	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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
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	1233898373	LAURA PAOLA ESPINOSA MONTAÑA	Carrera 58c·153-08	3203764086	laura.espinosa9087@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
		94246424	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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	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 1233898373	ESPINOSA MONTAÑA LAURA PAOLA	59	0			N							X										230301	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS008	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

Bogotá, D.C. 31 de Agosto del 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

LAURA PAOLA ESPINOSA MONTAÑA
C.C. 1.233.898.373

LA SUMA DE:
$ 4.541.835

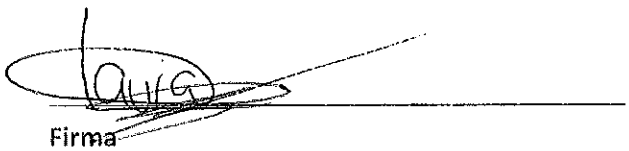
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como **PSICOLOGA** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 del 31 de agosto 2026.**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** DAVIVIENDA
- **Tipo de Cuenta:** AHORROS
- **Número de Cuenta:** 0550488449678629

Atentamente,



Firma
Nombre: LAURA PAOLA ESPINOSA MONTAÑA
C.C.: 1.233.898.373 de Bogotá
Cargo: PSICOLOGA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14659

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LAURA PAOLA ESPINOSA MONTAÑA		
NIT o C.C.	1233898373	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	cr 55 153 15 conj torrecolina	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PSICOLOGIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-31, 09:51:28 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87809447

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

PAGADA 2026-08-30 15:38:01.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RINA MILENA CASTILLO PARDO				
Documento	CC 37625973	**Dirección**	CR 11 #140 - 65 BLOQUE B APTO 407		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8639497		
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 37625973		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTILLO PARDO RINA MILENA	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
															0	30	30	30	0			$ 1.816.734	230301		16 %	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.816.734	$ 227.100	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.816.734	$ 9.500	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	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 227.100	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.300

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
RINA MILENA CASTILLO PARDO
C.C. 37625973 DE PUENTE NACIONAL

LA SUMA DE:
$ 4.541.835

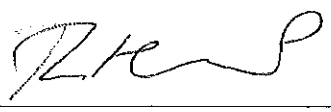
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **PSICOLOGA**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** BANCOLOMBIA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 946-203217-91

Atentamente,



Firma
Nombre: RINA MILENA CASTILLO PARDO
C.C.: 37.625.973 DE PUENTE NACIONAL
Cargo: PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14660

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
RINA MILENA CASTILLO PARDO		
NIT o C.C.	37625973	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	VEREDA IQUIZA CJTO VILLAS DE MA;ON CASA 18 E 3	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PSICOLOGIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	52823224	ANGELA MARIA RICO PINILLA	KR 11 NO 67 A 09 SUR BR POPRVENIR	3000000000	envejezeractivo@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93667516	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,810,000	$561.600	

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	226.300	0		0		0	0	0	0	226.300	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	289.600	0	0	0	0	0	0		289.600	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										
14-23	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	36.200	0	0	36.200	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	226.300	226.300
Pensión	1	289.600	289.600
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	1	36.200	36.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	561.600	561.600

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	52823224	ANGELA MARIA RICO PINILLA	KR 11 NO 67 A 09 SUR BR POPRVENIR	3000000000	envejezeractivo@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93667516	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,810,000	$561.600	

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 52823224	RICO PINILLA ANGELA MARIA	59	0			N																	25-14	1.810.000	30	289.600	0	0	0	0	EPS008	1.810.000	30	226.300	14-23	1.810.000	30	1	9.500	CCF24	1.810.000	30	36.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
ANGELA MARIA RICO PINILLA

C.C. 52823224

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

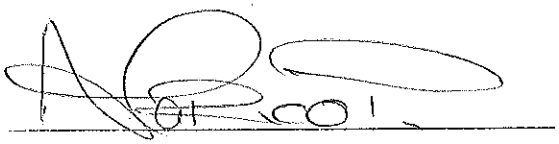
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Gerontóloga** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 055045290016291l

Atentamente,



Firma
Nombre: Angela María Rico Pinilla
C.C.: 52823224
Cargo: Gerontóloga

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14661

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGELA MARIA RICO PINILLA		
NIT o C.C.	52823224	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 11 67A 09 SUR IN 8 AP 301	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL GERONTOLOGIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	1030526655	LUISA FERNANDA LEON MERCADO	Calle 43 sur No. 72 n 34	8046914	luisafernandaleon@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
		94429169	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,818,000	$573.600	

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	227.300	0		0		0	0	0	0	227.300	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	290.900	0	0	0	0	0	0		290.900	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	19.000				19.000	0	0	19.000			190	19.000	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	227.300	227.300
Pensión	1	290.900	290.900
Riesgos Laborales	1	19.000	19.000
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	573.600	573.600

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	1030526655	LUISA FERNANDA LEON MERCADO	Calle 43 sur No. 72 n 34	8046914	luisafernandaleon@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
		94429169	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,818,000	$573.600	

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 1030526655	LEON MERCADO LUISA FERNANDA	57	0			N							X										25-14	1.818.000	30	290.900	0	0	0	0	EPS010	1.818.000	30	227.300	14-23	1.818.000	30	2	19.000	CCF24	1.818.000	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LUISA FERNANDA LEON MERCADO

C.C. 1030526655

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

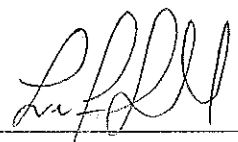
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Gerontóloga** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Lulobank
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 597032042922**

Atentamente,



Firma
Nombre: Luisa Fernanda Leon Mercado
C.C.: 1030526655
Cargo: Gerontóloga

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14662

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUISA FERNANDA LEON MERCADO		
NIT o C.C.	1030526655	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 43 SUR . 72N 34	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL GERONTOLOGIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	1090408364	LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ	CALLE 102A No. 70c - 35	3204478006	lizycrazy07@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
		94347154	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$527.300	

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	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										
14-23	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.300	527.300

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	1090408364	LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ	CALLE 102A No. 70c - 35	3204478006	lizycrazy07@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
		94347154	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$527.300	

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 1090408364	VILLAFAÑE HERNANDEZ LIZETH JOHANA	59	0			N																	230301	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		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C. 31 de Agosto del 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7
DEBE A:

LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNÁNDEZ
C.C. 1090408364

LA SUMA DE:
$ 4.541.835

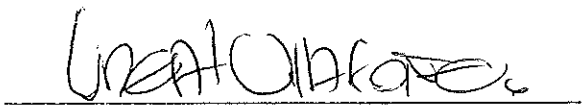
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como **TERAPEUTA OCUPACIONAL** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el 01 **del 31 de agosto 2026.**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** DAVIVIENDA
- **Tipo de Cuenta:** AHORROS
- **Número de Cuenta: 477900096405**

Atentamente,



Firma
Nombre: LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNÁNDEZ
C.C.: 1.090.408.364 DE BOGOTA
Cargo: TERAPEUTA OCUPACIONAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14663

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LIZETH JOHANA VILLAFAÑE HERNANDEZ		
NIT o C.C.	1090408364	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 70 C 101 19	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL TERAPIA OCUPACIONAL CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52145655
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEFFER SILVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SESQUILE	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 # 6-42	TELÉFONO:	8568146
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - MARIANA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4663931845**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997805243		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	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
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.000	$ 19.000	$ 0	$ 0	$ 19.000
SUBTOTALES:									**$ 19.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.000**

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 52145655	SILVA NEFFER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.816.734	$ 227.100	$ 0	$ 227.100	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	30	$ 1.816.734	52145655	$ 19.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 536.800

Planilla Pagada

Bogotá, D.C. 31 de Agosto del 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

NEFFER SILVA
C.C. 52.1465.655

LA SUMA DE:
$ 4.541.835

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como **TERAPEUTA OCUPACIONAL** en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 del 31 de agosto 2026.**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** CAJA SOCIAL
- **Tipo de Cuenta:** AHORROS
- **Número de Cuenta:** 24109921550

Atentamente,

Firma
Nombre: NEFFER SILVA
C.C.: 52.145.655 de bogotá
Cargo: TERAPEUTA OCUPACIONAL

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14664

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
NEFFER SILVA		
NIT o C.C.	52145655	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 7 8 46 P2	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL TERAPIA OCUPACIONAL CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	52371846	FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ	kr 26d # 31a 22 sur	3108830501	DOCFAIRYANCY@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
		94715391	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,816,734	$598.500	

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	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	44.300				44.300	0	0	44.300			443	44.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	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	44.300	44.300
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	598.500	598.500

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	52371846	FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ	kr 26d # 31a 22 sur	3108830501	DOCFAIRYANCY@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
		94715391	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,816,734	$598.500	

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 52371846	CASTRILLON RAMIREZ FAIR YANCY	59	0			N																	230301	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS005	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	3	44.300	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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ
C.C. 52371846

LA SUMA DE:
$ 4,541.835

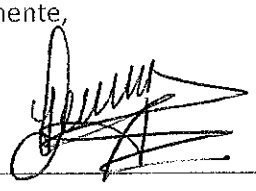
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **FISIOTERAPEUTA**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** BANCOLOMBIA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 206-200725-48

Atentamente,



Firma
Nombre: FAIR YANCY CASTRILLON RAMIREZ
C.C.: 52371846
Cargo: FISIOTERAPEUTA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14665

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
FAIR YANCY CASTRILLON		
NIT o C.C.	52371846	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CARRERA 26D N. 31A 22 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL FISIOTERAPIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023945055		LOPEZ MUÑOZ JESSICA DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera71 #65b-38 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057637392	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	595737775	9510146001	I	2026/09/11	2026/08/26	BANCO CAJA SOCIAL	0	$562,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734		$44,300		$0	$0		$562,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734		$44,300		$0	$0		$562,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734		$44,300		$0	$0		$562,100
1	CC	1023945055 LOPEZ JESSICA								X										230301	30	$1,816,734	$290,700	EPS010	30	$1,816,734	$227,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,816,734	2.436%	$44,300	0	$0	$0	No	$562,100
Total	**Afiliados(1)**																				$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734		$44,300		$0	$0		$562,100

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	$290,700	$0	$0	$290,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$290,700	$0	$0	$290,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,300	$0	$0	$44,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$44,300	$0	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,100	$0	$0	$227,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$227,100	$0	$0	$227,100
TOTAL				**1**	**$562,100**	**$0**	**$0**	**$562,100**

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Jessica Dayanna Lopez Muñoz
C.C. 1023945055

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

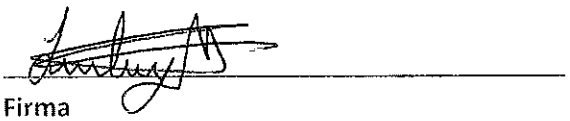
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Fisioterapeuta**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Caja social
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 24144765506

Atentamente,



Firma
Nombre: Jessica Dayanna Lopez Muñoz
C.C.: 1023945055
Cargo: Fisioterapeuta

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14666

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JESSICA DAYANA LOPEZ		
NIT o C.C.	1023945055	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CARRERA 78 SUR N° 37B 45	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	2658974	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL FISIOTERAPIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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	1023913217	LUCY JAZMIN RODRIGUEZ CRUZ	Cr 46 176 31	6017174268	jazrodriguezcruz18@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
		94531275	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,816,400	$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
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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	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	1023913217	LUCY JAZMIN RODRIGUEZ CRUZ	Cr 46 176 31	6017174268	jazrodriguezcruz18@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
		94531275	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,816,400	$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	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 1023913217	RODRIGUEZ CRUZ LUCY JAZMIN	57	0			N							X										25-14	1.816.400	30	290.700	0	0	0	0	EPS037	1.816.400	30	227.100	14-23	1.816.400	30	1	9.500	CCF22	1.816.400	30	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LUCY JAZMIN RODRIGUEZ CRUZ
C.C. 1023913217

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

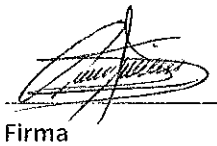
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Trabajadora social**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Bogota
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 394312920

Atentamente,



Firma
Nombre: Lucy Jazmin Rodriguez Cruz
C.C.: 1023913217
Cargo: Trabajadora social

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14667

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUCY JAZMIN RODRIGUEZ CRUZ		
NIT o C.C.	1023913217	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	DG 60 18 74 ESTE SUR BRR SAN RAFAEL	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-31, 09:41:39 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1083893257 **Referencia pago(PIN)** 8824015997

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-08-31 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA				
Documento	CC 1024511264	**Dirección**	CR 78 #63 A - 20 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7760072		
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 1024511264		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					GUILLEN CARDONA OSCAR IVAN	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
															0	30	30	30	0			$ 3.200.000	25-14		16 %	$ 3.200.000	$ 512.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 3.200.000	$ 400.000	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 3.200.000	$ 16.800	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 512.000	$ 0	$ 0	$ 400.000	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 928.800

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA
C.C. 1024511264

LA SUMA DE:
$ 4.541.835 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales Como: **Trabajador social**, en el marco del **Convenio No. 6767 de 2026** con la Secretaría Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL**, en el periodo comprendido entre el **01 y el 31 del mes de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Popular
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 230033113762**

Atentamente,

Oscar Guillen C.

Firma
Nombre: OSCAR IVAN GUILLEN CARDONA
C.C.: 1024511264
Cargo: Trabajador social

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14668

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
OSCAR IVAN GUILLEN		
NIT o C.C.	1024511264	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CARRERA 78 N. 63A - 20 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	4.541.835

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**4.541.835**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**43.874**
TOTAL DOCUMENTO	**4.497.961**

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