PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-20, 09:45:56 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083194520

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824178804

PAGADO 20/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA ARDILA ZAMORA		
Documento	CC39678050	**Dirección**	CR 10 #4 B - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134980842
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 39678050	ADRIANA ARDILA ZAMORA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN **MULTIETNIAS**
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Adriana Ardila **Zamora**
C.C. 39678050

LA SUMA DE:
$ 2'975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivenda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 055048842483099 7

Atentamente,

Adriana Ardila Zamora

Firma
Nombre: Adriana Ardila Zamora
C.C.: 39678050
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14669

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ADRIANA ARDILA ZAMORA		
NIT o C.C.	39678050	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 4B 51 BALCONES SAN JOSE	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Soacha		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1012408471	ALEJANDRA RINCON PEREZ	carrera 6b este #32c 16	9002235	alejita12_93@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93955279	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012408471	ALEJANDRA RINCON PEREZ	carrera 6b este #32c 16	9002235	alejita12_93@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93955279	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	Excenetado	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 1012408471	RINCON PEREZ ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
ALEJANDRA RINCON PEREZ
C.C. 1012408471

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 de agosto del 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 0550488430655016**

Atentamente,

Alejandra R.

Firma
Nombre: Alejandra rincón Pérez
C.C.: 1012408471
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14670

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ALEJANDRA RINCON PEREZ		
NIT o C.C.	1012408471	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030533984
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-18
FECHA DE PAGO:	2026-08-31
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38491450
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38491450
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/10/2026

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE
C.C. 1030533984

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, 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: 100-879495-46**

Atentamente,

Carolina Alarcón

Firma
Nombre: ANA CAROLINA ALARCON RICAURTE

C.C.: 1030533184
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14671

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CAROLINA ALARCON		
NIT o C.C.	1030533984	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 38C SUR # 70 10	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	8134226	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1003517730		ANGIE LORENA URREGO SAAVEDRA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 131c#126-95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6287879	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	540424969	9509152810	I	2026/09/08	2026/08/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1003517730	URREGO ANGIE	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003517730		ANGIE LORENA URREGO SAAVEDRA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 131c#126-95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6287879	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	540424969	9509152810	I	2026/09/08	2026/08/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:Angie Lorena Urrego Saavedra

C.C. 1003517730

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 0550488418012438**

Atentamente,

Lorena Urrego.

Firma
Nombre: Angie Lorena Urrego saavedra
C.C.: 1003517730
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14672

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANGIE LORENA URREGO SAAVEDRA		
NIT o C.C.	1003517730	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1023958914	BRAYAN YOHAN BARRERA ROJAS	KR 56B 70 56	3115861883	barrerarojasbrayanyohan@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
		94221133	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023958914	BRAYAN YOHAN BARRERA ROJAS	KR 56B 70 56	3115861883	barrerarojasbrayanyohan@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
		94221133	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 1023958914	BARRERA ROJAS BRAYAN YOHAN	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

BRAYAN JHOAN BARRERA ROJAS
C.C. **1023958914**

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Técnico auxiliar en 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 de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Bancolombia**
- **Tipo de Cuenta: AHORROS**
- **Número de Cuenta: 68965430818**

Atentamente,

Brayan Yohan B.

Firma
Nombre: Brayan Johan Barrera Rojas
C.C.: 1023958914
Cargo: Técnico Auxiliar en Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14673

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
BRAYAN YOHAN BARRERA ROJAS		
NIT o C.C.	1023958914	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-31, 10:28:04 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1083858639 **Referencia pago(PIN)** 8824228132

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-08-28

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BREINER GUILLERMO GARCIA				
Documento	CC 1012410810	**Dirección**	CR 81B #63 - 20 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3229045147		
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 1012410810		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					GARCIA GUILLERMO BREITNER	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			$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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 [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[Breitner Garcia Guillermo]
C.C. [1012410810]

LA SUMA DE:
$ [$2.975.250 **]**

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: [Auxiliar de Enfermeria], 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 (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [Davivienda]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [055046820005746O]

Atentamente,

Breitner Garcia

Firma
Nombre: [Breitner Garcia Guillermo]
C.C.: [1012410810]
Cargo: [Auxiliar de Enfermeria]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14674

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
BREITNER GARCIA GUILLERMO		
NIT o C.C.	1012410810	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1013683709		MORALES BARRIOS CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 83b 66a sur 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112477513	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	1000002933	9508100023	I	2026/09/03	2026/08/03	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1013683709	MORALES CAMILA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., [31] de [Agosto] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT.830.018.406-7

DEBE A:

Camila Andrea Morales Barrios

C.C.1013683709

LA SUMA DE:

$2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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 (Agosto) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Davivienda**
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta: 0570488473144241**

Atentamente,

Andrea morales B'

Firma

Nombre: Camila Andrea Morales Barrios

C.C.:1013683709

Cargo: Auxiliar De Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14675

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CAMILA ANDREA MORALES BARRIOS		
NIT o C.C.	1013683709	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 83B 66A SUR 50 BRR BOSA - LA PAZ	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1104774000	CARLOS ALBERTO TORRES MORALES	DG 10 B N 13 94	3114890247	carlos.torres.morales55@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94273998	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1104774000	CARLOS ALBERTO TORRES MORALES	DG 10 B N 13 94	3114890247	carlos.torres.morales55@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94273998	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	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 1104774000	TORRES MORALES CARLOS ALBERTO	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		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, 06 de Septiembre de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

CARLOS ALBERTO TORRES MORALES

C.C 1.104.774.000

LA SUMA DE:

$ 2.946.509

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el marco del **Convenio No 6767 de 2026** con la Secretaria 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.

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco: CONFIAR**
- **Tipo de Cuenta: Ahorros**
- **Número de Cuenta: 430067470**

Atentamente,

Firma

Nombre: CARLOS ALBERTO TORRES MORALES

C.C. 1.104.774.00

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14676

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CARLOS ALBERTO TORRES MORALES		
NIT o C.C.	1104774000	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-20, 04:23:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083731629

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824132236

PAGADO 19/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ANDRES PRADA		
Documento	CC1073691319	**Dirección**	CL 130 #86 A - 02 INT 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3246870356
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1073691319	CARLOS ANDRES PRADA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Carlos Andrés prada
C.C. 1073691319

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco Banco caja caja social**
- **Tipo de Cuenta: ahorros**
- **Número de Cuenta: 24139466458**

Atentamente,

Firma
Nombre: Carlos Andrés Prada
C.C.: 1073691319
Cargo: Auxiliar de enfermería

Powered by CamScanner

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14677

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CARLOS ANDRES PRADA		
NIT o C.C.	1073691319	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 130 86 A 02	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Soacha		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1033817699	CARLOS EDUARDO CAVIEDES VALDIRI	Carrera 17a #1-108	3247053823	ccaviedesvaldiri@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
		94528341	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033817699	CARLOS EDUARDO CAVIEDES VALDIRI	Carrera 17a #1-108	3247053823	ccaviedesvaldiri@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
		94528341	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033817699	CAVIEDES VALDIRI CARLOS EDUARDO	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
CARLOS EDUARDO CAVIEDES VALDIRI
C.C. 1033817699

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

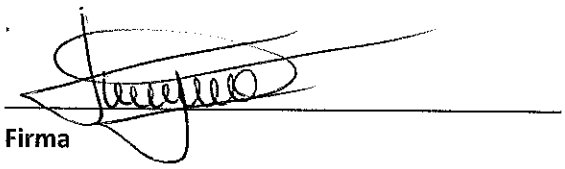
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar en enfermeria**, 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:** Bancolombia
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 91299304596**

Atentamente,



Firma
Nombre: Carlos Eduardo Caviedes Valdiri
C.C.: 1033817699
Cargo: Auxiliar en enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14678

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CARLOS EDUARDO CAVIEDES VALDIRIS		
NIT o C.C.	1033817699	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 16-126	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1234189626		CABEZAS ANGULO CARLOS EFREN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 94 L # 86c -12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2541744	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	1000000079	9508210067	I	2026/09/07	2026/08/06	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1234189626 CABEZAS CARLOS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

CARLOS EFRÉN CABEZAS ÁNGULO
C.C. 1234189626

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar en 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 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** DAVIVIENDA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 0550488408360870**

Atentamente,

Carlos Cabezas

Firma
Nombre: CARLOS EFRÉN CABEZAS ANGULO
C.C.: 1234189626
Cargo: Auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14679

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CARLOS EFREN CABEZAS ANGULO		
NIT o C.C.	1234189626	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-05, 03:53:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083359409

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823613340

PAGADO 05/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR MAURICIO URREGO		
Documento	CC1022948707	**Dirección**	CR 2A ESTE #7 - 53
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208018130
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022948707	CESAR MAURICIO URREGO CHITIVA	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

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., 31 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Cesar Mauricio Urrego Chitiva
C.C. 1022948707

LA SUMA DE:
$2.975.250

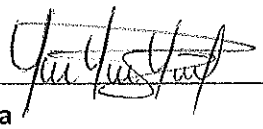
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 0550488434964802

Atentamente,



Firma
Nombre: Cesar Mauricio Urrego Chitiva
C.C.: 1022948707
Cargo: Auxiliar De Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14680

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CESAR MAURICIO URREGO		
NIT o C.C.	1022948707	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-187	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-27, 10:27:07 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083881997

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822820950

PAGADO 27/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CINDY LORENA FORERO CASTRO		
Documento	CC1024501043	**Dirección**	TV 18NBI #69 A - 79 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143672683
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024501043	CINDY LORENA FORERO CASTRO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C 31 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Cindy Lorena forero castro
C.C. 1024501043

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:
Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:
- **Banco:** Bancolombia
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 388-881149-61

Atentamente,

Firma
Nombre: Cindy Lorena forero castro
C.C.: 1024501043
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14681

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
CINDY LORENA FORERO CASTRO		
NIT o C.C.	1024501043	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-168-18	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1019988450		DANA GISSEL NORWOOD RIAÑO	INDEPENDIENTE	Principal	Cl. 35 c sur # 26 b -57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115492174	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	563367595	9509445768	I	2026/09/11	2026/08/13	NEQUI	0	$499,100

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)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
1	CC	1019988450 NORWOOD DANA																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$499,100
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100

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	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$0**	**$0**	**$499,100**

Bogotá, D.C., [31] de 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[DANNA NORWOOD]
C.C. 1019988450

LA SUMA DE:
$ [Monto en números]

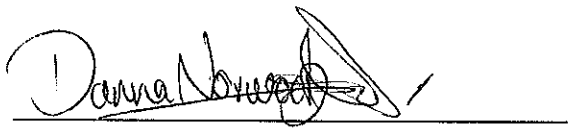
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[DANNA NORWOOD]**, 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 (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [BANCOLOMBIA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [91284862444]

Atentamente,



Firma
Nombre: [DANNA NORWOOD]
C.C.: [1019988450]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14682

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DANA GISSEL NORTWOOD RIAÑO		
NIT o C.C.	1019988450	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 188-16	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 80172552		SANCHEZ MORENO DANIEL RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	banderas bloque b3 apt 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3015340	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	901127915	95085299943	I	2026/09/11	2026/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS		PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC 80172552	SANCHEZ DANIEL	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-24	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80172552		SANCHEZ MORENO DANIEL RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	banderas bloque b3 apt 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3015340	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	901127915	95085299943	I	2026/09/11	2026/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$508,300

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	$280,200	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$9,200
$9,200
$218,900
$218,900
$508,300

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Daniel Ricardo Sanchez Moreno
C.C. 80172552

LA SUMA DE:
$ 2'975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar de enfermeria**, 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: Caja social**
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 24152905189**

Atentamente,

Daniel Sanchez.

Firma
Nombre: Daniel Ricardo Sánchez Moreno
C.C.: 80172552
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14683

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DANIEL RICARDO SANCHEZ MORENO		
NIT o C.C.	80172552	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	BANDERAS BL 3 AP 501	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1023025963		MADRIGAL FORERO DAVID ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 77SUR # 14-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112325089	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	559879843	9508589518	I	2026/09/18	2026/08/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$534,200

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
1	CC	1023025963	MADRIGAL DAVID	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$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 1023025963		MADRIGAL FORERO DAVID ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 77SUR # 14-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112325089	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	559879843	9508589518	I	2026/09/18	2026/08/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$534,200

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	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$534,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$35,100
$35,100
$218,900
$218,900
$534,200

Bogotá, D.C., [31] de 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[DAVID MADRIGAL]
C.C. 1023025963

LA SUMA DE:
$ [$ 2.578.550]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[DAVID MADRIGAL]**, 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 **(05) y el (31) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [055048843965784 9]

Atentamente,

David Madrigal

Firma
Nombre: [**DAVID MADRIGAL**]
C.C.: [1023025963]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14684

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DAVID ALEJANDRO MADRIGAL FORERO		
NIT o C.C.	1023025963	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CARRERA 14 R 74 20 SUR BRR MIRAVALLE	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
26/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.578.550

Valor en Letras

DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.578.550**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**24.909**
TOTAL DOCUMENTO	**2.553.641**

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	1015460063	DAYANA JULIETH RAMIREZ PATIÑO	Carrera 86a #67-08	3123802277	dayanita_0809@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94605280	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015460063	DAYANA JULIETH RAMIREZ PATIÑO	Carrera 86a #67-08	3123802277	dayanita_0809@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94605280	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1015460063	RAMIREZ PATIÑO DAYANA JULIETH	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Dayana Julieth Ramirez Patiño
C.C. 1015460063
LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO

Banco Davivienda
Tipo de Cuenta: ahorros
Número de Cuenta: 0550477900164070

Atentamente,

Firma
Nombre: Dayana Julieth Ramirez Patiño
C.C.: 1015460063
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14685

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DAYANA JULIETH RAMIREZ PATIÑO		
NIT o C.C.	1015460063	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1023931192		MENDEZ BUITRAGO DIANA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 56f sur#103-50	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	1000000568	9510299182	I	2026/09/21	2026/08/31	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023931192	MENDEZ DIANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023931192		MENDEZ BUITRAGO DIANA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 56f sur#103-50	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	1000000568	9510299182	I	2026/09/21	2026/08/31	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Diana Astrid Mendez Buitrago
C.C. 1023931192

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Técnico en auxiliar en 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: nequi**
- **Tipo de Cuenta: AHORROS**

Número de Cuenta: 87048838979

Atentamente,

DIANA MENDEZ

Firma
Nombre: Diana Astrid Mendez Buitrago
C.C.: 1023931192
Cargo: Técnico en auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14686

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DIANA MENDEZ		
NIT o C.C.	1023931192	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CARRERA 74 N° 27 SUR 92	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	7359445	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 49723921		OVALLE RODELO DIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 80BIS Sur #94-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000831	9509751982	I	2026/09/04	2026/08/26	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
1	CC	49723921 OVALLE DIANA																		23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Diana Patricia Ovalle Rodelo
C.C. 49723921

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Técnico en auxiliar en 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 Agosto de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: Caja Social
- Tipo de Cuenta: AHORROS

Número de Cuenta: 24041720488

Atentamente,

Diana Ovalle

Firma
Nombre: Diana Patricia Ovalle Rodelo
C.C.: 49723921
Cargo: Técnico en auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14687

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DIANA PATRICIA OVALLE RODELO		
NIT o C.C.	49723921	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	calle 80 bis sur 94 21	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1020786001		MESA MUÑOZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 5 # 189 - 73	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	1000001944	9508040115	I	2026/09/02	2026/08/03	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1020786001	MESA DIEGO	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020786001		MESA MUÑOZ DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 5 # 189 - 73	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	1000001944	9508040115	I	2026/09/02	2026/08/03	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Diego Fernando mesa Muñoz
C.C.1020786001]

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

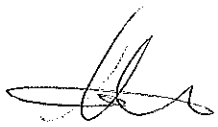
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 488430378403

Atentamente,



Firma
Nombre: Diego Fernando mesa Muñoz
C.C.: 1020786001
Cargo: auxilar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14688

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DIEGO FERNANDO MESA		
NIT o C.C.	1020786001	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 46-168-16	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1007817100		ARDCA VEGA DUVAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 136 b sur 3 A 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6221676	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	93001062	9509538736	I	2026/09/02	2026/08/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$18,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$18,300**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$18,300**		**$0**	**$0**
1	CC 1007817100	ARDCA DUVAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$18,300**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007817100		AROCA VEGA DUVAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 136 b sur 3 A 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6221676	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	93001062	9509538736	I	2026/09/02	2026/08/31	BANCO DE OCCIDENTE	0	$517.400

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	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$18,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$18,300
$18,300
$218,900
$218,900
$517,400

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Duván Camilo Aroca Vega
C.C. 1007817100

LA SUMA DE:
$ 2.578.550

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar 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 **(05) y el 31 del agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 488414123114

Atentamente,

Duvan Camilo Aroca V.

Firma
Nombre: Duván Camilo Aroca Vege
C.C.: 1007817100
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14689

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
DUVAN CAMILO AROCA VEGA		
NIT o C.C.	1007817100	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 101 A SUR 14 51	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
26/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.578.550

Valor en Letras

DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.578.550**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**24.909**
TOTAL DOCUMENTO	**2.553.641**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-28, 08:43:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084694411

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 27/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDGAR ALDAIR FONG JURADO		
Documento	CC1044608819	**Dirección**	CR 88 #152 - 61 SEGUNDO PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3118489091
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1044608819	EDGAR ALDAIR FONG JURADO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., [20] de [Agosto] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[Edgar Aldair Fong Jurado]
C.C. [1.044.608.819]

LA SUMA DE:
$ [2.975.250]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[auxiliar 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 (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [AV Villas]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [088927020]

Atentamente,

Firma
Nombre: [Edgar Aldair Fong Jurado]
C.C.: [1044608819]
Cargo: [Auxiliar de Enfermería]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14690

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
EDGAR ALDAIR FONG JURADO		
NIT o C.C.	1044608819	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1023884768		MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 # 27 B 131 CIUDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	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	530391759	9508643241	I	2026/09/15	2026/08/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023884768 MUÑOZ EDWARD	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023884768		MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 # 27 B 131 CIUDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	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	530391759	9508643241	I	2026/09/15	2026/08/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

Bogotá, D.C., 20 de Agosto del 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL
C.C. 1023884768

LA SUMA DE:
$2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 055048842818374O

Atentamente,

Firma
Nombre: Edward Duvan Muñoz Sabogal
C.C.: 1023884768
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14691

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
EDWAR DUVAN MUÑOZ SABOGAL			
NIT o C.C.	1023884768		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-168		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-28, 02:38:26 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083224716

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823538594

PAGADO 28/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN TRONCOSO MENDOZA		
Documento	CC80442430	**Dirección**	CL 33 #12 - 20 ESTE SANTA RITA 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123283084
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80442430	EDWIN TRONCOSO MENDOZA	57	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF21) CAFAM	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

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., [31] de 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[EDWIN TRONCOSO MENDOZA]
C.C. **1023002930**

LA SUMA DE:

$ 396.700]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[EDWIN TRONCOSO MENDOZA]**, 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 (4) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [055048843968849]

Atentamente,



Firma
Nombre: [EDWIN TRONCOSO MENDOZA]
C.C.: [1023025963]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14692

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
EDWIN TRONCOSO MENDOZA		
NIT o C.C.	80442430	
DIRECCION	CRA 24 39B 25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
04/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	396.700

Valor en Letras

TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**396.700**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.832**
TOTAL DOCUMENTO	**392.868**

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	1072447389	ELKIN JAIR BONILLA REYES	CARRERA 90 # 149 - 73	3103200620	bonillayhair73@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
		94605249	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072447389	ELKIN JAIR BONILLA REYES	CARRERA 90 # 149 - 73	3103200620	bonillayhair73@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
		94605249	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 1072447389	BONILLA REYES ELKIN JAIR	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Elkin Jair Bonilla Reyes
C.C: 1072447389

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

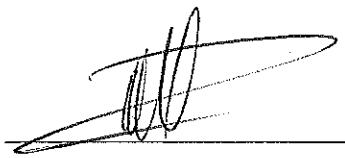
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO

Banco Davivienda
Tipo de Cuenta: ahorros
Número de Cuenta: 0550477900141896

Atentamente,



Firma
Nombre: Elkin Jair Bonilla Reyes
C.C.:1072447389
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14693

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ELKIN JAIR BONILLA REYES		
NIT o C.C.	1072447389	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	calle 8 N. 10-37 tunja	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Tunja		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1073995038	0	EYDIS SAEN MURILLO GUERRA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARREA 114F151C-63		3106009046			MURILLOHYE@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38015517	I	2026-08-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38015517	2026-09-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1073995038	MURILLO GUERRA EYDIS SAEN	1.750.905																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	508.300	N	1889001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1073995038	0	EYDIS SAEN MURILLO GUERRA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARREA 114F151C-63		3106009046			MURILLOHYE@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38015517	I	2026-08-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	508.300	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38015517	2026-09-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	9.200	0	0	0	9.200
Gran Total					508.300	0	0	0	508.300

Bogotá, D.C., 31 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
EYDIS SAEN MURILLO GUERRA
C.C. 1073995039

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 08 de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 488430445384

Atentamente,

Eydis Murillo

Firma
Nombre: Eydis Saen Murillo Guerra
C.C. 1073995038
Cargo: Auxiliar de enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14694

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
EYDIS SAEN MURILLO GUERRA		
NIT o C.C.	1073995038	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 34 39B 25	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1033762850	FABIAN ANDRES HOYOS ANAYA	Carrera 11a# 49-44sur	3173164080	fabian.1994hoyos@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
		94191257	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033762850	FABIAN ANDRES HOYOS ANAYA	Carrera 11a# 49-44sur	3173164080	fabian.1994hoyos@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
		94191257	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033762850	HOYOS ANAYA FABIAN ANDRES	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Fabián Andres Hoyos Anaya
C.C. 1033762850

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

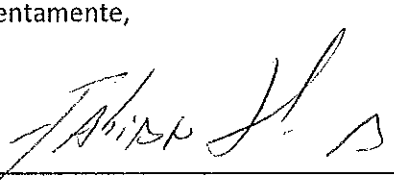
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 0570475370021689

Atentamente,



Firma
Nombre: Fabian Andrés Hoyos Anaya
C.C.: 1033762850
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14695

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ANDRES FABIAN HOYOS		
NIT o C.C.	1033762850	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 62-45	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 80189283		FABIAN ENRIQUE RODRIGUEZ BAHAMON	INDEPENDIENTE	Principal	calle 139 b 114 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6872604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	522275667	9508837323	I	2026/08/24	2026/07/30	NEQUI	0	$72,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$233,454	$37,400			$233,454	$29,200			$0	$0			$233,454		$5,700		$0	$0		$72,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$233,454	$37,400			$233,454	$29,200			$0	$0			$233,454		$5,700		$0	$0		$72,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$233,454	$37,400			$233,454	$29,200			$0	$0			$233,454		$5,700		$0	$0		$72,300
1	CC	80189283	RODRIGUEZ FABIAN	X																23030 1	4	$233,454	$37,400	EPS002	4	$233,454	$29,200		0	$0	$0	14-11	4	$233,454	2.436%	$5,700	0	$0	$0	No	$72,300
Total	**Afiliados(1)**																					$233,454	$37,400			$233,454	$29,200			$0	$0			$233,454		$5,700		$0	$0		$72,300

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	$37,400	$0	$0	$37,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$37,400	$0	$0	$37,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$0	$0	$5,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,700	$0	$0	$5,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,200	$0	$0	$29,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$29,200	$0	$0	$29,200
TOTAL				**1**	**$72,300**	**$0**	**$0**	**$72,300**

Bogotá, D.C., [31] de 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[FABIAN ENRIQUE RODRIGUEZ BAHAMON]
C.C. **80.189.283**

LA SUMA DE:

$ 694.225

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[FABIAN ENRIQUE RODRIGUEZ BAHAMON]**, 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 (7) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [055048843864590]

Atentamente,



Firma
Nombre: [FABIAN ENRIQUE RODRIGUEZ BAHAMON]
C.C.: [80.189.283]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14696

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO	
FABIAN ENRIQUE RODRIGUEZ BAHAMON	
NIT o C.C.	80189283
DIRECCION	CL 139 B 114 05 BRR PUERTAS DEL SOL
CIUDAD	**TELÉFONO**
Bogota D.C.	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**
07/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	694.225

Valor en Letras

SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**694.225**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL DOCUMENTO	**694.225**

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 1030558289		DOMINGUEZ ROJAS FELIX JONATHAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 6B-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2901260	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	59902616	9508940121	I	2026/09/21	2026/08/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1030558289	DOMINGUEZ FELIX	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030558289		DOMINGUEZ ROJAS FELIX JONATHAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 6B-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2901260	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	59902616	9508940121	I	2026/09/21	2026/08/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., [31] de 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[FELIX JHONATHAN DOMINGUEZ]
C.C. **1030558289**

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[FELIX JHONATHAN DOMINGUEZ]**, 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:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [055048843007654]

Atentamente,

Firma
Nombre: [**FELIX JHONATHAN DOMINGUEZ**]
C.C.: [1030558289]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14697

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
FELIX JONATHAN DOMINGUEZ ROJAS		
NIT o C.C.	1030558289	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 72 H BIS 39 16 BRR CARIMAGUA	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	GIOVANA JAILEN LEON ALVAREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1033684367
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-15
FECHA DE PAGO:	2026-08-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	8642324401
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8647232759
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/10/2026

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Giovana Jailen Leon Alvarez
C.C. 1033684367

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

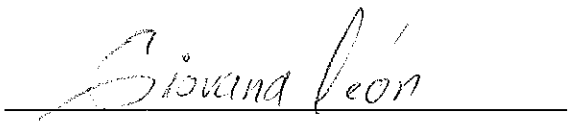
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales Como: Auxiliar 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Banco Caja Social
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 24039825188

Atentamente,



Firma
Nombre: Giovana Jailen Leon Alvarez
C.C.: 1033684367
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14698

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
GIOVANA JAILEN LEON ALVAREZ		
NIT o C.C.	1033684367	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1080263041	GISELA GONZALEZ RAMIREZ	CR 69 P # 73 - 62	3229479904	yiselag1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93996000	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1080263041	GISELA GONZALEZ RAMIREZ	CR 69 P # 73 - 62	3229479904	yiselag1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93996000	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1080263041	GONZALEZ RAMIREZ GISELA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Gisela González Ramírez
C.C. 1080263041

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco Banco caja caja social :**
- **Tipo de Cuenta: ahorros**
- **Número de Cuenta: 24060779506**

Atentamente,

Gisela Gonzalez Ramirez

Firma
Nombre: Gisela González Ramírez
C.C. 1080263041
Cargo: Auxiliar de enfermería

Powered by CamScanner

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14699

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
GISELA GONZALEZ		
NIT o C.C.	1080263041	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 84-96	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1003764485	HARRY GIOVANNY OLIVEROS ESPINOSA	CL 10 4B 51	0000000	hgoe2407@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93992159	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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	1003764485	HARRY GIOVANNY OLIVEROS ESPINOSA	CL 10 4B 51	0000000	hgoe2407@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93992159	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003764485	OLIVEROS ESPINOSA HARRY GIOVANNY	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D,C, 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

HARRY GIOVANNY OLIVEROS ESPINOSA

C.C 1.003.764.485

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el marco del **Convenio No 6767 de 2026** con la Secretaria 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.

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco: CONFIAR**
- **Tipo de Cuenta: Ahorros**
- **Número de Cuenta: 460061997**

Atentamente,

Firma

Nombre: HARRY GIOVANNY OLIVEROS ESPINOSA

C.C. 1.003.764.485

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14700

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
HARRY GIOVANNI OLIVEROS ESPINOZA		
NIT o C.C.	1003764485	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	53094637	IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA	cll23B#9-36	3196604892	ivonhernandez1985@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94419033	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53094637	IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA	cll23B#9-36	3196604892	ivonhernandez1985@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94419033	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53094637	HERNANDEZ ROCHA IVON LILIANA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 20 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Ivón Liliana Hernández Rocha
C.C. 53094637

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar de enfermeria**, 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:** 0080 9058 7083

Atentamente,

Ivon Hernandez

Firma
Nombre: Ivón Liliana Hernández Rocha
C.C.: 53094637
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14701

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
IVON LILIANA HERNANDEZ ROCHA		
NIT o C.C.	53094637	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 25 Nº 17 37	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	2658749	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1023012620	JEFFERSON ALBEIRO MADRIGAL FORERO	cr 14 r 74 20 sur	3209598249	jeferssonmadrigal2@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
		94094933	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023012620	JEFFERSON ALBEIRO MADRIGAL FORERO	cr 14 r 74 20 sur	3209598249	jeferssonmadrigal2@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
		94094933	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. ctexter	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	FAP	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 cto Resp	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1023012620	MADRIGAL FORERO JEFFERSON ALBEIRO	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Jefferson Albeiro madrigal forero
C.C 1023012620

LA SUMA DE:
$2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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 de agosto de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: caja social**
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 24100474235]

Atentamente,

Firma
Nombre: Jefferson Albeiro madrigal forero
C.C.:1023012620
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14702

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JEFFERSON ALBEIRO MADRIGAL			
NIT o C.C.	1023012620		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	Cr 14 R 74 20 sur		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3209598249	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JENNY PAULINA GARZON MOLINA**, identificada con **CC** número **1012317629**, aportó por **JENNY PAULINA GARZON MOLINA**, identificado(a) con **CC** número **1012317629** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **94234391** para el periodo de salud **2026-08** y pensiones **2026-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.750.905	0,02436	3	$42.700	Agosto - 2026	94234391	18/08/2026	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	57	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Agosto - 2026	94234391	18/08/2026	N
Salud	EPS002	Salud Total EPS	800130907	57	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Agosto - 2026	94234391	18/08/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 23 días del mes Agosto de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Bogotá, D.C., 21 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT 830.018.406-7

DEBE A:
Jenny Paulina Garzón Molina
C.C. 1012317629

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar 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 (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Bancolombia
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 94528024861

Atentamente,

Firma
Nombre: Jenny Paulina Garzón Molina
C.C.: 1012317629
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14703

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JENNY PAULINA GARZON MOLINA		
NIT o C.C.	1012317629	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	K4 A ESTE 25G 21	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1026264094	JENNY STEPHANIE VASQUEZ LOSADA	carrera 5 Este # 1 A - 35	5728359	jennyvasquez686@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
		94746029	01/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026264094	JENNY STEPHANIE VASQUEZ LOSADA	carrera 5 Este # 1 A - 35	5728359	jennyvasquez686@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
		94746029	01/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 1026264094	VASQUEZ LOSADA JENNY STEPHANIE	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Jeny stephanie vasquez losada
C.C. 1026264094

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Técnico en auxiliar en 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: nequi
- Tipo de Cuenta: AHORROS

Número de Cuenta: 87044998687

Atentamente,

Jeny Stephanie Vasquez Losada.

Firma
Nombre: Jeny stephanie vasquez losada
C.C.: 1026264094
Cargo: Técnico en auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14704

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JENNY STHEPANIE VASQUEZ LOZADA		
NIT o C.C.	1026264094	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 85-16-28	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL DOCUMENTO	**2.975.250**

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-03, 07:45:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87933476

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 03/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES		
Documento	CC1006476367	**Dirección**	CL 31 SUR #26 B - 95 EDIF LOS CARACOLES
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6063454545
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1006476367	JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES
C.C. 1006476367

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

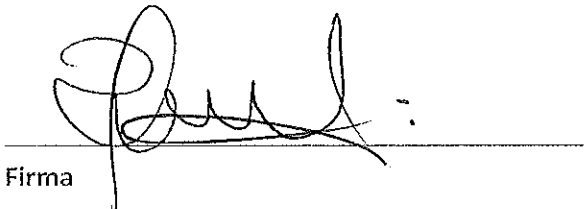
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, 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:** CAJA SOCIAL
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 24148766493

Atentamente,



Firma
Nombre: JHIRLENDIS ELENA RIVEROS GARCES
C.C.: 1006476367
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14705

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ELENA RIVEROS		
NIT o C.C.	1006476367	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 80-24	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-27, 01:25:44 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87777035

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

PAGADA 2026-08-27 13:24:37.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHOAN SEBASTIAN ARAQUE MORENO				
Documento	CC 1020745808	**Dirección**	CARRERA 3 N 160C 33 USAQUEN		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175552286		
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 1020745808		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ARAQUE MORENO JHOAN SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				
															0	30	30	30	0				$ 1.750.905

Pensión							Salud					
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
230201		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
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
14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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

CUENTA DE COBRO

Bogotá, D.C., 21 de agosto de 2026

DEBE A: Jhoan Sebastian Araque Moreno

C.C.: 1020745808

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT: 830.018.406-7

LA SUMA DE: $ 2'975.250

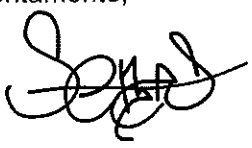
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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 30 del 08 de 2026.

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 450884130

Atentamente,



Jhoan Sebastian Araque Moreno

C.C.: 1020745808

Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14706

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SEBASTIAN ARAQUE		
NIT o C.C.	1020745808	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 78-56	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-27, 01:25:44 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87777035

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

PAGADA 2026-08-27 13:24:37.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHOAN SEBASTIAN ARAQUE MORENO				
Documento	CC 1020745808	**Dirección**	CARRERA 3 N 160C 33 USAQUEN		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175552286		
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 1020745808		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ARAQUE MORENO JHOAN SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	0

Extranjero	Tipo salario	Salario	**Pensión**						
			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
		$ 1.750.905	230201		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0

Salud						**Riesgos**					
Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	
EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	

Caja				**Parafiscales**			
Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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 08 de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[JHOANA MARCELA CASTILLO PRADA]
C.C. **1077082913**

LA SUMA DE:

$ 1.190.100

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 (12) de AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [0550007600725050]

Atentamente,

Firma
Nombre: [JHOANA MARCELA CASTILLO PRADA]
C.C.: [1 1077082913]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14707

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JOHANA MARCELA CASTILLO PRADA		
NIT o C.C.	1077082913	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	VDA LA ESMERALDA FCA LOS TINOS	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Tocancipá		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
12/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	1.190.100

Valor en Letras

UN MILLON CIENTO SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**1.190.100**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**11.496**
TOTAL DOCUMENTO	**1.178.604**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JHON CASTAÑO GUERRERO**, identificada con **CC** número **80808592**, aportó por **JHON CASTAÑO GUERRERO**, identificado(a) con **CC** número **80808592** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **94557077** para el periodo de salud **2026-08** y pensiones **2026-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.751.000	0,00522	1	$9.200	Agosto - 2026	94557077	25/08/2026	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0															0		30	$1.751.000	0,16000		$280.200	Agosto - 2026	94557077	25/08/2026	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.751.000	0,12500		$218.900	Agosto - 2026	94557077	25/08/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 25 días del mes Agosto de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Bogotá, D.C., 31 de Agosto 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A: JHON CASTAÑO GUERRERO

C.C. 80.808.592)

LA SUMA DE:

$ 2.975.000

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar 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 de Agosto del 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 570008090471874

Atentamente,

JHON CASTAÑO

Nombre Jhon castaño Guerrero
C.C.: 80.808.592
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14708

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JHON CASTAÑO GUERRERO			
NIT o C.C.	80808592		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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1134694104		VIVAS MARQUEZ JHON JANER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 38 # 7 - 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214237520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	556601509	9508034486	I	2026/08/04	2026/08/11	NEQUI	7	$580,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1134694104	VIVAS JHON	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1134694104		VIVAS MARQUEZ JHON JANER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 38 # 7 - 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214237520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	556601509	9508034486	I	2026/08/04	2026/08/11	NEQUI	7	$580,100

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	$280,200	$1,500					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,500	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200					$0	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$35,100	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$576,900	$3,200	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,700
$281,700
$43,000
$43,000
$35,300
$35,300
$220,100
$220,100
$580,100

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Jhon Janer Vivas Marquez
C.C. 1134694104

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: técnico en Auxiliar en 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Caja social**
- **Tipo de Cuenta: AHORROS**
- **Número de Cuenta: 24086022341**

Atentamente,

Jhon Vivas

Firma
Nombre: Jhon Janer Vivas Marquez
C.C.: 1134694104
Cargo: Tecnico en Auxiliar e enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14709

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JHON JANER VIVAS MARQUEZ		
NIT o C.C.	1134694104	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1030563289	JONATHAN MONROY FIGUEROA	CALLE 38 C NO 101 34 SUR	3103740598	jonathanmonroyfigueroa@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
		94565204	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030563289	JONATHAN MONROY FIGUEROA	CALLE 38 C NO 101 34 SUR	3103740598	jonathanmonroyfigueroa@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
		94565204	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1030563289	MONROY FIGUEROA JONATHAN	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		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:

Jonathan Monroy figueroa

C.C: 1030563289

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar de enfermerí, 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 **del 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** De ahorros
- **Número de Cuenta:** 0570477970033403

Atentamente,

Firma Jonathan M.

Nombre: Jonathan Monroy figueroa

C.C.:1030563289

Cargo: Auxiliar de enfermería.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14710

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JONATHAN MONROY FIGUEROA			
NIT o C.C.	1030563289		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 74 SUR 83 45		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3197450524	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1073130785		NIAMPIRA SANCHEZ JHONATAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 F SUR 14 B 16 QUINTAS SANTA ANA	SOACHA-CUNDINAMARCA	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	540545378	9508877028	I	2026/09/18	2026/08/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$541,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1073130785	NIAMPIRA JHONATAN																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Jhonatan Alexander Niampira Sanchez
C.C. 1073130785

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

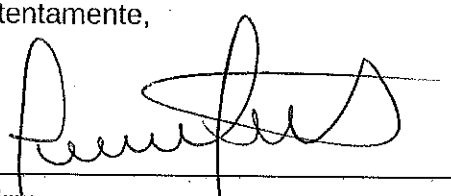
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto **del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco Caja Social**
- **Tipo de Cuenta:** ahorros
- **Número de Cuenta:** 24154584728

Atentamente,



Firma
Nombre: Jhonatan Alexander Niampira Sanchez
C.C.: 1073130785
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14711

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JHONATAN ALEXANDER NIAMPIRA		
NIT o C.C.	1073130785	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 165 B5-5	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-20 06:10:36 PM | Tipo Planilla: I. INDEPENDIENTES | Número Planilla: 10637680 18

Periodo Cotización: agosto de 2026 | Periodo Servicio: agosto de 2026 | Referencia pago: 8625460612

PAGADA 20/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE ERNESTO MORENO SANCHEZ		
Documento	CC79193288	Dirección	CL 7 #5 - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3148938811
Tipo Persona	NATURAL	Forma	UNICO
Ciudad	SIBATE	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
		23	0																																					

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 MEN	Cotizaciones obligatorias Incapacidades y Fondo EPS	Cotizaciones AFP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL PAGO

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 4445434 - Cali: 554 0555 - Medellín: 514 6000 - Bucaramanga: 643 9000 - Cartagena: 664 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 8650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que este realmente necesario. Protegamos el medio ambiente: ¡entre todos hacemos mucho!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá, D.C., [20] de [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[JOSE ERNESTO MORENO SANCHEZ]
C.C. [79183288]

LA SUMA DE:
$ [1.487.625]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 (15) **y el (31) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [Confiar]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [980064323]

Atentamente,

Firma
Nombre: [JOSE ERNESTO MORENO SANCHEZ]
C.C.: [79183288]
Cargo: [AUXILIAR DE ENFERMERIA]

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 79183390		PULIDO PULIDO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 6 A # 13 - 19	SIBATE-CUNDINAMARCA	8957505	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	1000000021	9510507351	I	2026/09/21	2026/08/31	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 79183390	PULIDO JOSE	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

Scanned with CamScanner

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 79183390		PULIDO PULIDO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 6 A # 13 - 19	SIBATE-CUNDINAMARCA	8957505	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	1000000021	9510507351	I	2026/09/21	2026/08/31	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[JOSE GREGORIO PULIDO PULIDO
C.C. **79.183.390**

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

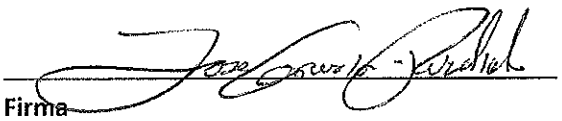
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [0550007600725050]

Atentamente,



Firma
Nombre: [JOSE GREGORIO PULIDO PULIDO]
C.C.: [79.183.390]
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14713

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JOSE GREGORIO PULIDO		
NIT o C.C.	79183390	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 46-36-36	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-31, 11:09:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084726652

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 30/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN GARCIA		
Documento	CC1000929836	**Dirección**	CR 13BIS SUR #49 G - 14 CASA 4 PISOS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123383523
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000929836	JUAN SEBASTIAN GARCIA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., [21] de [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Juan Sebastián García
C.C. [1000929836]

LA SUMA DE:
$ [2'975.250]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[Auxiliar 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 (30) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** banco de Bogotá]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [019872555

Atentamente,

Juan García

Firma Juan Sebastián García
Nombre: [juan Sebastián García]
C.C.: [1000929836]
Cargo: [Auxiliar de enfermería]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14714

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JUAN SEBASTIAN GARCIA		
NIT o C.C.	1000929836	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012447471	0	JULIETH ALEJANDRA RATIVA RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CL 57 13 48		3004470236			AFILIACIONESUNIALIADOS@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38197711	I	2026-09-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	541.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38197711	2026-09-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1012447471	RATIVA RODRIGUEZ JULIETH ALEJANDRA	1.750.905																	0			30	30	0	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	57	0	541.800	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012447471	0	JULIETH ALEJANDRA RATIVA RODRIGUEZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CL 57 13 48		3004470236			AFILIACIONESUNIALIADOS@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38197711	I	2026-09-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	541.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38197711	2026-09-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	42.700	0	0	0	42.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	42.700	0	0	0	42.700
Gran Total					541.800	0	0	0	541.800

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
JULIETH ALEJANDRA RATIVA RODRIGUEZ
C.C. 1012447471

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENEFERMERIA**, 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 del 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 20717270

Atentamente,

Julieth Rativa

Firma
Nombre: Julieth Alejandra Rativa Rodriguez
C.C.: 1012447471
Cargo: Auxiliar de enfermeria.

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14715

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
JULIETH ALEJANDRA RATIVA RODRIGUEZ		
NIT o C.C.	1012447471	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 95 72 46 SUR BRR EL RECREO	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1000971759	KAREN JHULIANA MORALES DIAZ	Cra9a # 69 D20 sur	8560000	niina2305k@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
		94606415	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000971759	KAREN JHULIANA MORALES DIAZ	Cra9a # 69 D20 sur	8560000	niina2305k@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
		94606415	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000971759	MORALES DIAZ KAREN JHULIANA	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Karen jhuliana Morales Diaz
C.C. 1000971759

LA SUMA DE:
$ 2.281.025

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: AUXILIAR 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 8 y el 31 del Agosto de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: Confiar
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 380099374

Atentamente,

Firma
Nombre: Karen jhuliana Morales Diaz
C.C.: 1000971759
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14716

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
KAREN JHULIANA MORALES DIAZ		
NIT o C.C.	1000971759	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	SESQUILE VDA BOITIVA	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
23/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.281.025

Valor en Letras

DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.281.025**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**22.035**
TOTAL DOCUMENTO	**2.258.990**

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	1000988030	KAREN SUSANA REYES TORRES	Diagonal 45 BIS SUR #13H-62	2456323	kr612559@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
		94015511	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$543.400	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

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	1000988030	KAREN SUSANA REYES TORRES	Diagonal 45 BIS SUR #13H-62	2456323	kr612559@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
		94015511	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000988030	REYES TORRES KAREN SUSANA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	35.100	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:
KAREN SUSANA REYES TORRES
C.C. 1000988030

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales Como: **Auxiliar en 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 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Bancolombia
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 91299305347

Atentamente,

Karen S. Reyes T.

Firma
Nombre: Karen Susana Reyes Torres
C.C.: 1000988030
Cargo: Auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14717

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
KAREN SUSANA REYES TORRES		
NIT o C.C.	1000988030	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 24 39 24	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-21, 04:22:53 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083836023

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823742968

PAGADO 20/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LADY YULIANA MORA SUAREZ		
Documento	CC1073687511	**Dirección**	CR 5A ESTE #17 A - 17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208655150
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1073687511	LADY YULIANA MORA SUAREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LADY YULIANA MORA SUAREZ
C.C. 1.073.687.511

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: AUXILIAR DE ENFERMERIA 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: CONFIAR**
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 430042994

Atentamente,

Lady Juliana Mora Suarez

Firma
Nombre: LADY YULIANA MORA SUAREZ
C.C.: 1.073.687.511
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14718

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LADY YULIANA MORA SUAREZ		
NIT o C.C.	1073687511	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	cra 4 este 17 09 soacha	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Soacha		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL DOCUMENTO	**2.975.250**

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 1027401139		LAURA VANESSA CASTELLON RUIZ	INDEPENDIENTE	Principal	calle72 sur #77j 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223486761	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	462510620	9507681651	1	2026/09/15	2026/08/15	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingiret tdetaetdp tapvspcorvst slnigelma vacavpvct irlvip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL:Principal (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			50	$0			$1,750,905		$42,700		$ 0	50		$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$o			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1 CC	1027401139	CASTELLON LAURA		23030	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	50	SO	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	SO	No	$541,800
Total Afiliados(1)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			50	50			51,750,905		$42,700		$ 0	5 50		5541,800

aportes
en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA I	SALDOS E NCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$O	$O	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	SO	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS:1)					$42,700	$O	$O	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$O	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$O	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	SO	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$O	$0	$541,800

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Laura Vanesa Castellón Ruiz
C.C. 1027401139

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar 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 de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 05070488473135223

Atentamente,

Firma
Nombre: Laura Vanesa Castellon Ruiz
C.C.: 1027401139
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14719

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LAURA VANESSA CASTELLON RUIZ		
NIT o C.C.	1027401139	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 78 Sur # 77 J - 11 CONJ In 89	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1027401139		LAURA VANESSA CASTELLON RUIZ	INDEPENDIENTE	Principal	calle72 sur #77j 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223486761	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	462510620	9507681651	1	2026/09/15	2026/08/15	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingiret tdetaetdp tapvspcorvst slnigelma vacavpvct irlvip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL:Principal (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			50	$0			$1,750,905		$42,700		$ 0	50		$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$o			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1 CC	1027401139	CASTELLON LAURA		23030	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	50	SO	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	SO	No	$541,800
Total Afiliados(1)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			50	50			51,750,905		$42,700		$ 0	5 50		5541,800

aportes
en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA I	SALDOS E NCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$O	$O	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	SO	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS:1)					$42,700	$O	$O	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$O	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$O	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	SO	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$O	$0	$541,800

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LAURENT DAYANNA PULIDO ROCHA
C.C. **1019075828**

LA SUMA DE:

$ 595.050

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 (6) de AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 5008024840786

Atentamente,

Firma
Nombre: [**LAURENT DAYANNA PULIDO ROCHA**]
C.C.: 1019075828
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

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	1014222638	LEIDY MILED MONTEALEGRE RAMIREZ	CALLE 75 # 70C - 35	3044688292	leymiled@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94276760	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$552.400	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	552.400

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	1014222638	LEIDY MILED MONTEALEGRE RAMIREZ	CALLE 75 # 70C - 35	3044688292	leymiled@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94276760	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$552.400	

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 1014222638	MONTEALEGRE RAMIREZ LEIDY MILED	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	10.600	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:

Leidy Miled Montealegre Ramirez
C.C. 1014222638

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Tecnico en auxiliar en enfermeria**, 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: Bogota
- Tipo de Cuenta: AHORROS

Número de Cuenta: 191233212

Atentamente,

Miled Montealegre Ramirez

Firma
Nombre: Leidy Miled Montealegre Ramirez
C.C.: 1014222638
Cargo: Tecnico en auxiliar en enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14721

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LEIDY MILED MONTEALEGRE RAMIREZ		
NIT o C.C.	1014222638	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1032481599	LEIDY NALLIBER SANTAMARIA CONTRERAS	CR 15 A 12 16	4111111	LADY_1297@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94087640	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032481599	LEIDY NALLIBER SANTAMARIA CONTRERAS	CR 15 A 12 16	4111111	LADY_1297@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94087640	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	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 1032481599	SANTAMARIA CONTRERAS LEIDY NALLIBER	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LEIDY NALLIBER SANTAMARIA CONTRERAS
C.C. 1032481599

LA SUMA DE:
$ 2.975.250 COP

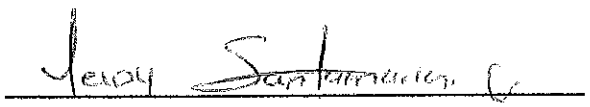
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Banco caja social**
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 24142253836

Atentamente,



Firma
Nombre: Leidy Nalliber Santamaría Contreras
C.C.: 1032481599
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14722

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LEIDY NALLIBER SANTAMARIA CONTRERAS		
NIT o C.C.	1032481599	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 15 A 12 16 BRR TABACAL	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-29, 09:09:33 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87169233

Periodo Cotización 202607 **Periodo Servicio** 202607

PAGADA 2026-07-29 09:07:18.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LIDA MAYERLY RAMIREZ QUEMBA				
Documento	CC 1020758609	**Dirección**	CL 2A SUR #73 A - 45		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2733311		
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 1020758609		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					RAMIREZ QUEMBA LIDA MAYERLY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			
															0	30	30	30	0			$ 1.750.905

Pensión							**Salud**					
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
230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0

Riesgos					**Caja**				**Parafiscales**			
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
14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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:
LIDA MAYERLY RAMIREZ QUEMBA
C.C. **1.020.758.609**

LA SUMA DE:

$ 595.050

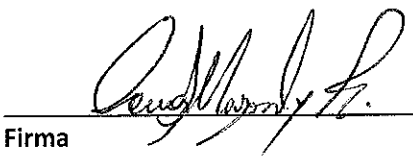
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 (7) de AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [BCO BOGOTA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 9001802488

Atentamente,



Firma
Nombre: LIDA MAYERLY RAMIREZ QUEMBA
C.C.: 1.020.758.609
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14723

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LIDA MAYERLY RAMIREZ QUEMBA		
NIT o C.C.	1020758609	
DIRECCION	CR 4B 188A 40P 3	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
07/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	694.225

Valor en Letras

SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**694.225**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**6.706**
TOTAL DOCUMENTO	**687.519**

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	52780976	LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ	CRA 7 32S-05 SUR	3228280970	lili_1980211@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94608098	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52780976	LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ	CRA 7 32S-05 SUR	3228280970	lili_1980211@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94608098	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52780976	DAMIAN ORDOÑEZ LILIANA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., [20] de [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ
C.C. 52780976

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Banco popular
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 500802483046

Atentamente,

liliana damian

Firma
Nombre: LILIANA DAMIAN ARIAS
C.C.: 52780976
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14724

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LILIANA DAMIAN ORDOÑEZ		
NIT o C.C.	52780976	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	Calle 53 No 10-60/46, Piso 2.	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	3814000	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 31 de agosto de 2026.

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS
Nit 830018406-7

DEBE A:
LINA PAOLA TORRES MORALES
c.c. 1033707620

LA SUMA DE:
$ 2.975.250 COP

DETELLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicio como auxiliar de enfermería en el marco del Convenio No. 6767 de 2026 con la Secretaria Distrital de Integración Social, CENTRO DECOMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL, en el periodo comprendido entre el 01 y el 31 del mes de agosto de 2026.

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco**: Davivienda
- **Tipo de Cuenta**: Ahorro
- **Número de Cuenta:** 0550009200864990

Atentamente.

Lina Torres
1033707620.

Firma
Nombre: LINA TORRES
C.C. 1033707620
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14725

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LINA PAOLA TORRES		
NIT o C.C.	1033707620	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 71-29	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUZ NIDYA HERNANDEZ CAJAMARCA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52254971
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-16
FECHA DE PAGO:	2026-08-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	8642689020
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8687178626
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300	$ 18.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400	$ 517.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/10/2026

Bogotá, D.C., 20 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
LUZ NIDYA HERNANDEZ CAJAMARCA
C.C. 52254971

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como Auxiliar de Enfermeria, 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: Davivienda**
- **Tipo de Cuenta: Ahorros**
- **Número de Cuenta: 0550488456151270**

Atentamente,

Firma
Nombre: Luz Nidya Hernandez Cajamarca
C.C.: 52254971
Cargo: Auxiliar de Enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14726

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUZ NIDYA HERNANDEZ CAJAMARCA		
NIT o C.C.	52254971	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	TV 4B ESTE 84A 65 SUR BRR LIBANO BELLA VISTA	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS**, identificada con **CC** número **39717860**, aportó por **LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS**, identificado(a) con **CC** número **39717860** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **94341384** para el periodo de salud **2026-08** y pensiones **2026-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Salud	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831	59	5															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Agosto - 2026	94341384	28/08/2026	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942	59	5															0		30	$1.750.905	0,02000		$35.100	Agosto - 2026	94341384	28/08/2026	N
Riesgos Laborales	14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	860002183	59	5															0		30	$1.750.905	0,02436	3	$42.700	Agosto - 2026	94341384	28/08/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 28 días del mes Agosto de 2026

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:

LUZ NELLY MUÑOZ BALLESTEROS

C.C. 39717860

LA SUMA DE:

$ 2.975.250 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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: Davivienda
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 451500267484

Atentamente,



Firma

Nombre: Luz Nelly Muñoz Ballesteros

C.C.: 39717860

Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14727

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
LUZ NELLY MUÑOZ		
NIT o C.C.	39717860	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 16-167	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1080263176	MAICOL ANDRES ORDOÑEZ ULE	KR 12D 32F 18 SUR AP 102 TO 2	3136043787	andrespalta24@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
		94336739	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1080263176	MAICOL ANDRES ORDOÑEZ ULE	KR 12D 32F 18 SUR AP 102 TO 2	3136043787	andrespalta24@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
		94336739	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 1080263176	ORDOÑEZ ULE MAICOL ANDRES	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., [31] de [AGOSTO] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT 830.018.406-7

DEBE A:
[**MAICOL ANDRES ORDOÑEZ ULE**]
C.C. [1080263176]

LA SUMA DE:
$ [2.975.250]

DETALLE DEL SERVICIO:

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

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [BANCOLOMBIA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta :** [91229071390]

Atentamente,

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14728

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MAICOL ANDRES ORDOÑEZ ULE		
NIT o C.C.	1080263176	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

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 64725802		MARQUEZ VARGAS MARBELIS PAHOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 SUR #26 - 58 barrio el claret	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108823662	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	93004795	9509450174	I	2026/09/02	2026/08/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 64725802	MARQUEZ MARBELIS	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 64725802		MARQUEZ VARGAS MARBELIS PAHOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 SUR #26 - 58 barrio el claret	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108823662	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	93004795	9509450174	I	2026/09/02	2026/08/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., [24] de [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[Marbelis Pahola Márquez Vargas]
C.C. [64.725.802]

LA SUMA DE:
$ [1.388.450]

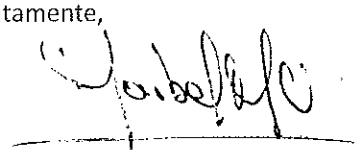
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[Auxiliar de Enfermeria]**, 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 (14) del (08)** de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [DAVIVIENDA]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [0550488408302641]

Atentamente,



Firma
Nombre: [Marbelis Pahola Márquez Vargas]
C.C.: [64.725.802]
Cargo: [Auxiliar de Enfermeria]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14729

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARBELIZ PAHOLA MARQUEZ VARGAS		
NIT o C.C.	64725802	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**	
14/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	1.388.450

Valor en Letras

UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**1.388.450**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**13.412**
TOTAL DOCUMENTO	**1.375.038**

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	1006896012	MARIA ALEJANDRA GUERRA URIANA	CRA 88 A 33 46 SUR	3007278151	silviapatriciaguerrauriana9@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
		94141143	06/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$517.400	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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	1006896012	MARIA ALEJANDRA GUERRA URIANA	CRA 88 A 33 46 SUR	3007278151	silviapatriciaguerrauriana9@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
		94141143	06/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$517.400	

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 1006896012	GUERRA URIANA MARIA ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C.,31 de agosto del 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT.830.018.406-7

DEBE A:

María Alejandra guerra uriana,

C.C.1006896012

LA SUMA DE:

$2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar 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 (30)del (agosto) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Confiar**
- **Tipo de Cuenta: Ahorro**
- **Número de Cuenta: 4600[illegible]66**

Atentamente,

Firma

Nombre: María Alejandra guerra uriana

C.C.:1006896012

Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14730

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARIA ALEJANDRA GUERRA		
NIT o C.C.	1006896012	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1051184122		SARMIENTO PEÑA MARIA MAGDALENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 105A N131C 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	547200331	9509259173	I	2026/09/07	2026/08/06	NEQUI	0	$552,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$552,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$552,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$552,400
1	CC	1051184122	SARMIENTO MARIA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$10,600	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	30	$0	$0	No	$552,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$552,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,600	$0	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$552,400**	**$0**	**$0**	**$552,400**

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Maria Magdalena Sarmiento Peña
C.C. 1051184122

LA SUMA DE:
$ 2.975.250 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 488454082675

Atentamente,

Magdalena Sarmiento

Firma
Nombre: María Magdalena Sarmiento Peña
C.C.: 1051184122
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14731

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARIA MAGDALENA SARMIENTO PEÑA		
NIT o C.C.	1051184122	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MARICELA MURILLO BLANCO**, identificada con **CC** número **1110447179**, aportó por **MARICELA MURILLO BLANCO**, identificado(a) con **CC** número **1110447179** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **94720134** para el periodo de salud **2026-08** y pensiones **2026-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.750.905	0,02436	3	$42.700	Agosto - 2026	94720134	03/09/2026	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Agosto - 2026	94720134	03/09/2026	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Agosto - 2026	94720134	03/09/2026	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Septiembre de 2026

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:

Maricella Murillo Blanco
C.C. 1110447179

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: técnico en Auxiliar en 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco:Davivienda
- Tipo de Cuenta: AHORROS
- Número de Cuenta: 488416993548

Atentamente,

Maricela Murillo

Firma
Nombre: Maricella Murillo Blanco
C.C.: 1110447179
Cargo: Tecnico en Auxiliar e enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14732

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARICELA MURILLO		
NIT o C.C.	1110447179	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 85-94	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 52730638		AROCA MARLY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 18 B Bis # 59 - 32 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3167358249	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	568404540	9509503121	I	2026/09/09	2026/08/18	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$42,700**		**$0**	**$0**		**$541,800**
1	CC	52730638 AROCA MARLY																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 20 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
MARLY PATRICIA AROCA
C.C. 52730638

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

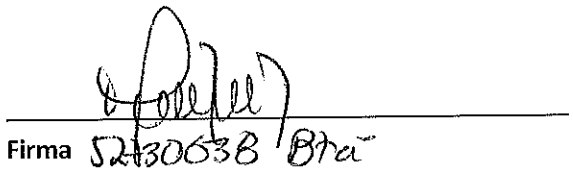
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar de enfermeria**, 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:** 0550477900183518

Atentamente,



Firma 52730638 Bta
Nombre: Marly Patricia Aroca
C.C.: 52730638
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14733

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARLY PATRICIA AROCA		
NIT o C.C.	52730638	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072660824
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARTIN BONILLA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 5 4 11	TELÉFONO:	8560000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6029065683**			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):	2026/08/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	585266721

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

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 1072660824	BONILLA REYES MARTIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	107266082	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
martin Bonilla reyes
C.C. 1072660824

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: auxiliar 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:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta** [Ahorros
- **Número de Cuenta: 0550477900144551**

Atentamente,

Firma
Nombre: Martín Bonilla reyes
C.C.: 1072660824
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14734

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MARTIN BONILLA REYES		
NIT o C.C.	1072660824	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-168	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1014205930		ROZO RODRIGUEZ MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 84 #77-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132275997	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	594794590	9509907845	I	2026/09/08	2026/08/25	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1014205930 ROZO MAYRA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Mayra Alejandra Rozo Rodríguez
C.C. 1014205930

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco Davivienda**
- **Tipo de Cuenta: ahorros**
- **Número de Cuenta: 488444367442**

Atentamente,

MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ

Firma
Nombre: Mayra Alejandra Rozo Rodríguez
C.C.: 1014205930
Cargo: Auxiliar de enfermería

Powered by CamScanner

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14735

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MAYRA ALEJANDRA ROZO RODRIGUEZ		
NIT o C.C.	1014205930	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-16-16	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1002495097	MILEIDIS VANEGAS SALINA	CALLE 139 # 109B-39	3004486425	vanegas1832@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
		94257206	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1002495097	MILEIDIS VANEGAS SALINA	CALLE 139 # 109B-39	3004486425	vanegas1832@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
		94257206	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1002495097	VANEGAS SALINA MILEIDIS	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Mileidis Vanegas Salina
C.C. 1002495097

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco Davivienda**
- **Tipo de Cuenta: ahorros**
- **Número de Cuenta: 0550488404164516**

Atentamente,

Firma
Nombre: Mileidis Vanegas Salina
C.C.: 1002495097
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14736

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MILEIDIS VANEGAS SALINAS		
NIT o C.C.	1002495097	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	51975747	MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES	Calle 42 SUR 6d 55	3186449523	uniagustinianav.parra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94612328	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51975747	MONICA MAIRENE VARGAS CABRALES	Calle 42 SUR 6d 55	3186449523	uniagustinianav.parra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94612328	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	Excenvuelo	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 51975747	VARGAS CABRALES MONICA MAIRENE	57	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		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., 20 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Monica mairene Vargas cabrales
C.C. 51975747

LA SUMA DE:
$ 2´975.250

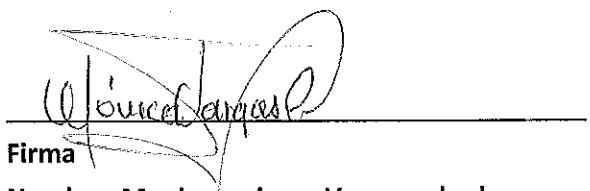
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 en el **01 y el 31 de agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** POPULAR
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 230033128828

Atentamente,



Firma
Nombre: Monica mairene Vargas cabrales
C.C.: 51975747
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14737

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MONICA VARGAS		
NIT o C.C.	51975747	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 45-1616	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 28869387		BONILLA MORENO NANCY YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 72a sur # 88c - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4485457	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	93003404	9509856263	I	2026/09/18	2026/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	28869387	BONILLA NANCY	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-33	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28869387		BONILLA MORENO NANCY YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 72a sur # 88c - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4485457	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	93003404	9509856263	I	2026/09/18	2026/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
COLSANITAS ARL	14-33	901,469,580	2	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
NANCY JANETH BONILLA
C.C. **28869387**

LA SUMA DE:

$ 2.281.025

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 **07 y el 31 de AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [BCO CAJA SOCIAL]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 24145153827

Atentamente,

NANCY JANETH B.

Firma
Nombre: NANCY JANETH BONILLA
C.C. 28869387
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14738

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
NANCY YANETH BONILLA		
NIT o C.C.	28869387	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**	
23/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.281.025

Valor en Letras

DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.281.025**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**22.035**
TOTAL DOCUMENTO	**2.258.990**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-21, 04:30:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083825724

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823275349

PAGADO 21/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOREIDY MASMELA GARCIA		
Documento	CC1072195453	**Dirección**	CL 10 #2 - 78
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202012664
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1072195453	NOREIDY MASMELA GARCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C 31 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
NOREIDY MASMELA GARCIA
C.C. 1072195453

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 488424834213

Atentamente,

Noreidy. Masmela Garcia

Firma
Nombre: NOREIDY MASMELA GARCIA
C.C.: 1072195453
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14739

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
NOREIDYS GARCIA		
NIT o C.C.	1072195453	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	Calle 10 # 8-07	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	6726200	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-21, 04:30:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083825724

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823275349

PAGADO 21/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOREIDY MASMELA GARCIA		
Documento	CC1072195453	**Dirección**	CL 10 #2 - 78
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202012664
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1072195453	NOREIDY MASMELA GARCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
PAOLA ANDREA ORTIZ ESTEPA
C.C. **1.072.653.825**

LA SUMA DE:

$ 396.700

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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 4 de AGOSTO de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [BCO CAJA SOCIAL]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 24144277977

Atentamente,

Firma
Nombre: PAOLA ANDREA ORTIZ ESTEPA
C.C. 1.072.653.825
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14740

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
PAOLA ANDREA ORTIZ ESTEPA		
NIT o C.C.	1072653825	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 5 2B 79	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Chía		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
04/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	396.700

Valor en Letras

TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**396.700**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**3.832**
TOTAL DOCUMENTO	**392.868**

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	1045230705	ROBERTO CARLOS GALOFRE CASTRO	Cra 103 # 24f-12	3132272045	RGALOFRECASTRO@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
		94417576	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1045230705	ROBERTO CARLOS GALOFRE CASTRO	Cra 103 # 24f-12	3132272045	RGALOFRECASTRO@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
		94417576	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 1045230705	GALOFRE CASTRO ROBERTO CARLOS	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
ROBERTO CARLOS GALOFRE
C.C. **1.045.230.705**

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

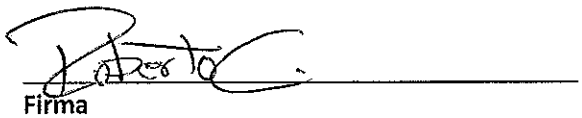
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: [AUXILIAR ENFERMERIA], 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:** DAVIPLATA
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 3503272045

Atentamente,



Firma
Nombre: ROBERTO CARLOS GALOFRE
C.C. 1.045.230.705
Cargo: [AUXILIAR ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14741

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ROBERTO CARLOS GALOFRE CASTRO		
NIT o C.C.	1045230705	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-05, 05:03:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083564265

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824177953

PAGADO 05/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROCIO DEL PILAR MORALES IZQUIERDO		
Documento	CC52929843	**Dirección**	CR 145 #145 A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142275628
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52929843	ROCIO DEL PILAR MORALES IZQUIERDO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., **31 de agosto** de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Rocío del pilar Morales Izquierdo
C.C. 52929843

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- **Banco de bogota**
- **Tipo de Cuenta: ahorros**
- **Número de Cuenta: 0030418610**

Atentamente,

Rocío Morales Izquierdo

Firma
Nombre: Rocío del pilar Morales Izquierdo
C.C. 52929843
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14742

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ROCIO DEL PILAR MORALES		
NIT o C.C.	52929843	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	17674696	ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA	CALLE 5 4 11	8560000	carlosarchivosvarios@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
		94249724	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17674696	ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA	CALLE 5 4 11	8560000	carlosarchivosvarios@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
		94249724	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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 17674696	RODRIGUEZ CAPERA ROLANDO	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., [31] de [Agosto de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

ROLANDO RODRÍGUEZ CAPERA

C.C.17674696

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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 (Agosto) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Confíar**
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:980015671**

Atentamente,

Firma Rolando Rodríguez C.

Nombre: ROLANDO RODRÍGUEZ CAPERA

C.C.:17674696

Cargo: Auxiliar De Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14743

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
ROLANDO RODRIGUEZ CAPERA		
NIT o C.C.	17674696	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 4 186-18	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1077876219		GONZALEZ SERRANO SANDRA KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 141A N110 A 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134370993	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	597559521	9510215918	I	2026/09/04	2026/08/26	NEQUI	0	$541,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1077876219 GONZALEZ SANDRA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Sandra Katherine González Serrano
C.C. 1077876219

LA SUMA DE:
$ 2.281.025

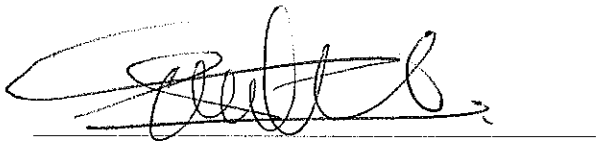
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: AUXILIAR 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 8 y el 31 del Agosto de 2026

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- Banco: Bancolombia
- Tipo de Cuenta: Ahorros
- Número de Cuenta: 28530669922

Atentamente,



Firma
Nombre: Sandra Katherine González Serrano
C.C.: 1. 077.876.219
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14744

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SANDRA KATHERINE GONZALEZ SERRANO		
NIT o C.C.	1077876219	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 3 8 45 BRR LAS MERCEDES	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Garzón		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
23/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.281.025

Valor en Letras

DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.281.025**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**22.035**
TOTAL DOCUMENTO	**2.258.990**

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-09, 08:54:56 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87239149

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 01/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA LILIANA DIAZ FUENTES		
Documento	CC1019030242	**Dirección**	CL 15 #119 A - 07
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3106779430
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1019030242	SANDRA LILIANA DIAZ FUENTES	57	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

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

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

Bogotá, D.C., 01 de 08 de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Sandra Liliana Díaz Fuentes

C.C. 1019030242

LA SUMA DE:
$2.975.050

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda

- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 474170001322**

Atentamente,

Sandra Diaz

Firma
Nombre: Sandra Liliana Díaz Fuentes

C.C.: 1019030242

Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14745

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
SANDRA LILIANA DIAZ FUENTES			
NIT o C.C.	1019030242		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CALLE 130 A Nº 151A-64		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ**, identificada con **CC** número **39678411**, aportó por **SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ** identificado(a) con **CC** número **39678411** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2026-8 y 2026-9 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,750,905	0.12500	$218,900	$0	$0	Agosto - 2026	94463168	25/08/2026	No
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57															0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Agosto - 2026	94463168	25/08/2026	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,750,905	0.00522	$9,200	$0	$0	Agosto - 2026	94463168	25/08/2026	No
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57															0		30	$1,750,905	0.00600	$10,600	$0	$0	Agosto - 2026	94463168	25/08/2026	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **August** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

Bogotá, D.C., 20 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Sandra Milena Arroyave Martinez
C.C. 39678411

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

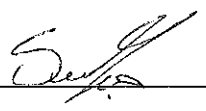
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar de enfermeria**, 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:** BANCOLOMBIA
- **Tipo de Cuenta:** AHORROS
- **Número de Cuenta:** 108-896332-69

Atentamente,



Firma
Nombre: SANDRA MILENA AROYAVE MARTINEZ
C.C.: 39678411
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14746

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SANDRA MILENA ARROYAVE MARTINEZ		
NIT o C.C.	39678411	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 8 C 184 23	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 35251644		SAAVEDRA CIPAGAUTA SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 123 n 131 61 bloque 25 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6874979	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	1000000522	9508457291	I	2026/09/10	2026/08/25	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: ARL SURA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 35251644	SAAVEDRA SANDRA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35251644		SAAVEDRA CIPAGAUTA SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 123 n 131 61 bloque 25 apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6874979	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	1000000522	9508457291	I	2026/09/10	2026/08/25	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Sandra Patricia Saavedra cipagauta

C.C. 35251644

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta: 477900072745**

Atentamente,

Patricia Saavedra C.

Firma
Nombre: Sandra Patricia Saavedra cipagauta
C.C.: 35251644
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14747

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
PATRICIA SAAVEDRA		
NIT o C.C.	35251644	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 25-78	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1082988811		VELASCO ALTAMAR SILFREDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 109 #151c-30	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	544027721	9508066105	I	2026/09/03	2026/08/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1082988811	VELASCO SILFREDO	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

Error: Subreport could not be shown.

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Silfredo jose velasco altamar
C.C. 1082988811

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Técnico en auxiliar en 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 Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco: Davivienda**
- **Tipo de Cuenta: AHORROS**

Número de Cuenta: 0570007170628999

Atentamente,

Silfredo Velasco

Firma
Nombre: silfredo jose velasco altamar
C.C.: 1082988811
Cargo: Técnico en auxiliar en enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14748

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SILFREDO JOSE VELASCO ALTAMAR		
NIT o C.C.	1082988811	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1032417784	SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA		Balcones torre 15 ap405	3027785771	sindyjhoanas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94472135	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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 1032417784	SANCHEZ BOJACA SINDY JOHANNA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

Bogotá, D,C, 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA

C.C 1.032.417.784

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el marco del **Convenio No 6767 de 2026** con la Secretaria 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.

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco: CONFIAR**
- **Tipo de Cuenta: Ahorros**
- **Número de Cuenta: 430042846**

Atentamente,

Firma

Nombre: SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA

C.C. 1.032.417.784

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14749

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
SINDY JOHANNA SANCHEZ BOJACA		
NIT o C.C.	1032417784	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CR 8C 184 23	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1193572629		TULIA ESTHER VARELA ESTRADA	INDEPENDIENTE	Principal	calle 147a # 143b 56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3022955607	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	93005426	9509782103	I	2026/09/08	2026/08/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,600

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,342,361	$214,800			$1,342,361	$167,800			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$382,600
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,342,361	$214,800			$1,342,361	$167,800			$0	$0			$0		$0		$0	$0		**$382,600**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,342,361	$214,800			$1,342,361	$167,800			$0	$0			$0		$0		$0	$0		**$382,600**
1	CC	1193572629	VARELA TULIA	X																230301	23	$1,342,361	$214,800	ESSC24	23	$1,342,361	$167,800		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$382,600
Total	**Afiliados(1)**																					$1,342,361	$214,800			$1,342,361	$167,800			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$382,600

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	$214,800	$0	$0	$214,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$214,800	$0	$0	$214,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$167,800	$0	$0	$167,800
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$167,800	$0	$0	$167,800
TOTAL				**1**	**$382,600**	**$0**	**$0**	**$382,600**

Bogotá D.C 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS
NIT 830.018.406-7

DEBE A:

TULIA ESTHER VARELA ESTRADA
CC 1.193.572.629

LA SUMA DE:
$1.785.150 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar de Enfermería** en el marco del convenio **N° 6767 de 2026** con la secretaria Distrital de Integración Social, CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO **TIERRA DEL SOL,** en el periodo comprendido entre el **13 y el 31 del mes de agosto de 2026.**

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco:** Bancolombia
- **Tipo de cuenta:** Ahorro
- **Número de cuenta:** 91204029941

Atentamente,

Tulia esther Varela.

Firma
Nombre: Tulia Esther Varela Estrada
CC. 1.193.572.629
Cargo: Auxiliar de enfermería

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	VALENTINA FEO CARREÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1233894160
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-08-18
FECHA DE PAGO:	2026-08-14
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-07
PERÍODO SALUD:	2026-07
NÚMERO PLANILLA:	38360192
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38360192
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/09/2026

CUENTA DE COBRO

Bogotá, D.C., 21 de agosto de 2026

DEBE A: Valentina Feo Carreño

C.C.: 1233894160

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT: 830.018.406-7

LA SUMA DE: $ 2'975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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 30 del 08 de 2026.

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 0570009170457080

Atentamente,

Valentina Feo C.

Valentina Feo Carreño

C.C.: 1233894160

Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14751

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
VALENTINA FEO		
NIT o C.C.	1233894160	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-24, 10:23:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083835264

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822936288

PAGADO 24/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIAN PAOLA VERGARA MORA		
Documento	CC1024522755	**Dirección**	CR 2A #7 D - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104829475
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024522755	VIVIAN PAOLA VERGARA MORA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

III.TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Bogotá, D.C., 31 de Agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
VIVIAN PAOLA VERGARA MORA
C.C. 1024522755

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, 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:** 4884 3041 7094

Atentamente,

Vivian Paola Vergara M.

Firma
Nombre: VIVIAN PAOLA VERGARA MORA
C.C.: 1024522755
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14752

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
VIVIAN PAOLA MORA			
NIT o C.C.	1024522755		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 98-65		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1030649238		MARTIN PRIETO YENCY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 63 No 22 31 B 4 C 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8139367	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	536300987	9508349240	I	2026/09/09	2026/08/03	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1030649238	MARTIN YENCY	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030649238		MARTIN PRIETO YENCY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 63 No 22 31 B 4 C 7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8139367	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	536300987	9508349240	I	2026/09/09	2026/08/03	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$576,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$576,900	$0	$0	$576,900

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

Yency Paola Martín Prieto
C.C. 1030649238

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios como: auxiliar 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 de agosto del de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO

- Banco Cofiar cooperativa
- Tipo de Cuenta: ahorros
- Número de Cuenta:460065691

Atentamente,

Paola Martín

Firma
Nombre: Yency Paola Martín Prieto
C.C.: 1030649238
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14753

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YENCY PAOLA MARTIN PRIETO		
NIT o C.C.	1030649238	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-12, 08:27:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083893325

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824263209

PAGADO 12/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YERLY NATALIA RODRIGUEZ TORRES		
Documento	CC1007228486	**Dirección**	CR 40C #12 - 34 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213578517
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007228486	YERLY NATALIA RODRIGUEZ TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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!

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

Bogotá, D.C., [21] de [08] de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
[Yerly Natalia Rodríguez Torres
C.C. [1007228486]

LA SUMA DE:
$ [2'975.250]

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[Auxiliar 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 (30) del (08) de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** [caja social]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** [24096613319]

Atentamente,

Yerly Rodriguez.

Firma
Nombre: [Yerly Natalia Rodríguez Torres]
C.C.: [1007228486]
Cargo: [Auxiliar de enfermería]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14754

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YERLY NATALIA RODRIGUEZ TORRES		
NIT o C.C.	1007228486	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1019054394	YESMI CAROLINA GOYENECHE MONTOYA	Calle 153B #87A - 19	8061331	ycarolinagoyenechem@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
		94556963	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019054394	YESMI CAROLINA GOYENECHE MONTOYA	Calle 153B #87A - 1 9	8061331	ycarolinagoyenechem@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
		94556963	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$576.900	

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 1019054394	GOYENECHE MONTOYA YESMI CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	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:
YESMI CAROLINA GOYENECHE MONTOYA
C.C. 1019054394

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar de enfermeria, 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:** DAVIVIENDA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 0550488457939756

Atentamente,

Firma
Nombre: YESMI CAROLINA GOYENECHE MONTOYA
C.C. 1019054394
Cargo: Auxiliar de Enfermeria

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14755

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YESMI CAROLINA GOYENECHE MONTOY		
NIT o C.C.	1019054394	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**	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	1007742817	YICET ARTEAGA HERNANDEZ	Calle 128C # 95a-11	3013704168	Yisetharteaga3@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
		94598611	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

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	1007742817	YICET ARTEAGA HERNANDEZ	Calle 128C # 95a-11	3013704168	Yisetharteaga3@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
		94598611	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007742817	ARTEAGA HERNANDEZ YICET	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Yicet Arteaga Hernández
C.C. 1007742817

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:
Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **auxiliar 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 agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:
- **Banco:** Bancolombia.
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 35997709509

Atentamente,
Yicet Arteaga.
Nombre: Yicet Arteaga Hernández
C.C.: 1007742817
Cargo: auxiliar de enfermería

Scanned with CamScanner

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14756

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YICET ARTEAGA HERNANDEZ		
NIT o C.C.	1007742817	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	52285957	YUDI ANDREA VALERO MARTINEZ	calle 35 sur 91c 37	2071590	yvaler385@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
		94353238	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52285957	YUDI ANDREA VALERO MARTINEZ	calle 35 sur 91c 37	2071590	yvaler385@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
		94353238	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	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 52285957	VALERO MARTINEZ YUDI ANDREA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
Yudi Andrea Valero Martínez

C.C. 52285957

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar 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:** Davivienda
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 477900191677

Atentamente,

Firma
Nombre: Yudi Andrea Valero Martinez
C.C.: 35251644
Cargo: auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14757

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YUDY ANDREA VALERO MARTINEZ		
NIT o C.C.	52285957	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	Carrera 56A No. 51 - 81	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.	2655876	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1100624260		VARELA ESTRADA YULEIDYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 129c # 132a 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5277607	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	596784850	9510175365	I	2026/09/14	2026/08/26	NEQUI	0	$541,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1100624260 VARELA YULEIDYS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá D.C 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS
NIT 830.018.406-7

DEBE A:

YULEIDYS VARELA ESTRADA
CC 1.100.624.260

LA SUMA DE:
$2.975.250 COP

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **Auxiliar de Enfermería** en el marco del convenio **N° 6767 de 2026** con la secretaria 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.**

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco:** Bancolombia
- **Tipo de cuenta:** Ahorro
- **Número de cuenta:** 54723060721

Atentamente,

Firma
Nombre: yuleidys Varela Estrada
CC. 1.100.624.260
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14758

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YULEIDYS VARELA ESTRADA		
NIT o C.C.	1100624260	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 129C 132A 32 CA DE DOS PISOS	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 53043602		TRIANA PEREZ YULY YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 7 # 31-31 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2390623	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	529621592	9508008440	I	2026/09/02	2026/08/03	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	53043602	TRIANA YULY	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53043602		TRIANA PEREZ YULY YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 7 # 31-31 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2390623	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	529621592	9508008440	I	2026/09/02	2026/08/03	NEQUI	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Bogotá, D.C., [31] de AGOSTO de [2026]

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A:
YULI YINETH TRIANA PEREZ
C.C. **53.043.602**

LA SUMA DE:

$ 2.975.250

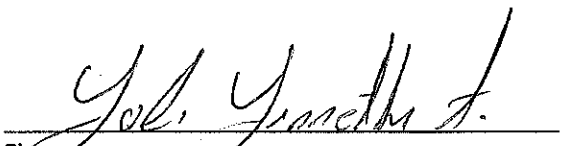
DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: **[AUXILIAR DE ENFERMERIA]**, 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:** [BCO CAJA SOCIAL]
- **Tipo de Cuenta:** [Ahorros]
- **Número de Cuenta:** 24144277977

Atentamente,



Firma
Nombre: YULI YINETH TRIANA PEREZ
C.C. 53.043.602
Cargo: [AUXILIRA ENFERMERIA]

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14759

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YULI YINETH TRIANA PEREZ		
NIT o C.C.	53043602	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 AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 1193359322		CERPA CASTILLO YULISSA LANIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 26 25b 9	SAN MARCOS-SUCRE	3235592476	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	1000000009	9510254703	I	2026/09/07	2026/08/28	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SAN MARCOS Depto: SUCRE (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1193359322	CERPA YULISSA	230901	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193359322		CERPA CASTILLO YULISSA LANIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 26 25b 9	SAN MARCOS-SUCRE	3235592476	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	1000000009	9510254703	I	2026/09/07	2026/08/28	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C, 31 de agosto de 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS

NIT. 830.018.406-7

DEBE A:

YULISSA LANIETH CERPA CASTILLO

C.C. 1193359322

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicios profesionales como: Auxiliar de enfermeria, 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:** BANCOLOMBIA
- **Tipo de Cuenta:** AHORROS
- **Número de Cuenta:** 53183693146

Atentamente:

Yulissa Cerpa

Firma
Nombre: YULISSA LANIETH CERPA CASTILLO
C.C.: 1193359322
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14760

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YULISSA LANIETH CERPA CASTILLO		
NIT o C.C.	1193359322	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CL 26 25B 9 BRR FERNAN FORTICH	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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 5997331		MARROQUIN BARRAGAN YURIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 43 N 15-26 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2042657	Si

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	587380523	9509882744	I	2026/09/08	2026/08/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	5997331	MARROQUIN YURIAN	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5997331		MARROQUIN BARRAGAN YURIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 43 N 15-26 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2042657	Si

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	587380523	9509882744	I	2026/09/08	2026/08/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

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	$280,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Bogotá, D.C., 31 de agosto 2026

CUENTA DE COBRO

CORPORACIÓN MULTIETNIAS
NIT. 830.018.406-7

DEBE A: YURIAN MARROQUIN BARRAGAN
C.C. 5997331

LA SUMA DE:
$ 2.975.250

DETALLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicio como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** 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 el 31 de Agosto de 2026**

INFORMACIÓN PARA PAGO:

- **Banco:** DAVIVIENDA
- **Tipo de Cuenta:** Ahorros
- **Número de Cuenta:** 05500477900141250

Yurian Marroquín

Firma
Nombre: YURIAN MARROQUIN BARRAGAN
C.C.: 5997331
Cargo: Auxiliar de enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14761

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
YURIAN MARROQUIN			
NIT o C.C.	5997331		Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	CRA 78-41		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.			
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL		

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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	52759763	YURY JOHANNA MORA DAZA	KR 36 N 37 73	3214911281	johamd04@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94547760	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52759763	YURY JOHANNA MORA DAZA	KR 36 N 37 73	3214911281	johamd04@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94547760	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro Asumido	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52759763	MORA DAZA YURY JOHANNA	57	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá 31 de agosto de 2026.

CUENTA DE COBRO

CORPORACION MULTIETNIAS
NIT 830018406-7

DEBE A:
JOHANNA MORA
c.c. 52759763

LA SUMA DE:
$ 2.675.250 COP

DETELLE DEL SERVICIO:

Pago correspondiente a la prestación de servicio como auxiliar de enfermería en el marco del Convenio No. 6767 de 2026 con la Secretaria Distrital de Integración Social, CENTRO DECOMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DEL SOL, en el periodo comprendido entre el 01 y el 31 del mes de agosto de 2026.

INFORMACION PARA PAGO:

- **Banco:** Popular
- **Tipo de Cuenta:** Ahorro
- **Número de Cuenta:** 500802237517

Atentamente.

Firma
Nombre: Johanna Mora
C.C. 52759763
Cargo: Auxiliar de Enfermería

CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS

Nit 830018406

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

14762

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
YURY JOHANNA MORA DAZA		
NIT o C.C.	52759763	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764104787835 que habilita desde DSEL10712 hasta DSEL100000. Vence 20-01-2027
DIRECCION	TRANSVERSAL 34 . 32 69	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
30/08/2026	FACTURA DE COMPRA POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX ENFERMERIA CONVENIO 6767 - 2026 COMUNIDAD DE CUIDADO TIERRA DE SOL	

Descripción	**Valor**
TALENTO HUMANO	2.975.250

Valor en Letras

DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**2.975.250**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**28.741**
TOTAL DOCUMENTO	**2.946.509**

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