CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
HOGAR CLARITA SANTOS
NIT. 860.007.314-1
HONORARIOS PROFESIONALES PROYECTO AVANZAR
ABRIL DE 2023

IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	PROFESION	ASIGANCION MENSUAL	DIAS TRABAJOS	HONORARIOS	RETEICA	VALOR A PAGAR	FIRMA
300.748	APOLINARIA CLEMENTE CHILO	COORDINADORA	4.563.000	13	1.977.300	-	1.977.300	
52.193.879	DIANA PAOLA ALARCON OLAYA	PSICÓLOGA	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
53.155.574	LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	TRABAJADORA SOCIAL	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
52.029.829	YOLANDA BOHORQUEZ YEPES	TERAPEUTA OCUPACIONAL	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
1.023.959.866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
52.147.817	ADRIANA MARCELA BERNAL TORO	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
1.031.139.889	LINA CONSTANZA AMAYA BARRERA	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
79.661.076	JIMMY ARMANDO FORERO QUEVEDO	EDUCADOR FISICO	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
80.734.512	IVAN VARELA ACOSTA	ENFERMERO PROFESIONAL	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
52.908.250	NANCY CAROLINA VANEGAS LOPEZ	NUTRICIONISTA	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
1.022.344.690	EDNA ROCIO PATIÑO RODRIGUEZ	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
1.012.393.542	BRENA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
52.530.989	IBETH MILENA SERRANO PUENTES	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	13	1.694.767	12.982	1.681.785	
52.409.735	MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ	AUXILIAR ADMNISTRATIVO	2.174.000	13	942.067	7.216	934.850	
1.023.970.663	ALEJANDRO CASTELANOS CAMPOS	TÉCNICO AMBIENTAL	2.174.000	13	942.067	7.216	934.850	
26.492.888	MADELEINE VALENZUELA OSORIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	13	955.933	7.322	948.611	
1.233.890.025	LEIDY YULIETH JIMENEZ CARVAJAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	13	955.933	7.322	948.611	
52.458.252	SANDRA MILENA MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	11	808.867	6.196	802.671	
1.072.925.920	BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	13	955.933	7.322	948.611	

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá Abril 13 de 2023

DEBE A:

DIANA PAOLA ALARCON OLAYA	**C.C. 52193879**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de PSICOLOGA del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

$ 1.694.766

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.
NO soy responsable de IVA.
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).

FIRMA: DIANA ALARCON 52193879	**SUB TOTAL**	$ 1.694.766
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 1.694.766

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Direccion: Cll 152 b N 55- 45
Teléfono: 3203308444
dinalarcc@gmail.com

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 52193879		ALARCON OLAYA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152 B 55 45 AP 302 t 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142108	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	00448164	9449593455	I	2023/05/18	2023/04/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$454,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,400	$0	$0	$250,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$250,400	$0	$0	$250,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,600	$0	$0	$195,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$195,600	$0	$0	$195,600
TOTAL				1	$454,200	$0	$0	$454,200

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 52193879		ALARCON OLAYA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152 B 55 45 AP 302 t 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142108	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	00448164	9449593455	I	2023/05/18	2023/04/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$454,200

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)					$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$0	$0			$1,564,408	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$0	$0			$1,564,408	$8,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$0	$0			$1,564,408	$8,200		$0	$0
1	CC	52193879	ALARCON DIANA	25-14	30	$1,564,408	$250,400	EPS008	30	$1,564,408	$195,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,564,408	$8,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$0	$0			$1,564,408	$8,200		$0	$0

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Leidy Viviana Garcia Ortiz	**C.C. 53155574**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Trabajadora Social del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

$ 1.694.766

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.
NO soy responsable de IVA.
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).

FIRMA:

c.c. 53155574

SUB TOTAL	**$ 1.694.766**
DESCUENTOS	0,00
TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras: un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: Carrera 2 # 40 08 sur
Teléfono: 3155906878
EMAIL: leidy.garciao2.sei@gmail.com

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	53155574	LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	CRA 2 # 40 A 14 SUR	5906878	leidy.garciao2.sei@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	26/04/2023	66863884	$196.900

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	84.800	0		0		0	0	0	0	84.800	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	108.500	0	0	0	0	0	0		108.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.600				3.600	0	0	3.600			36	3.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	84.800	84.800
Pensión	1	108.500	108.500
Riesgos Laborales	1	3.600	3.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	196.900	196.900

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 8 (6)

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá Abril 13 de 2023

DEBE A:

Yolanda Bohórquez Yepes	**C.C. 52.029.829**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de TERAPEUTA OCUPACIONAL del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

$ 1.694.766

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
De conformidad con el párágrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.
NO soy responsable de IVA.
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).

FIRMA:		
Yolanda Bohorquez	**SUB TOTAL**	**$ 1.694.766**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Direccion: Cll 152 b N 55- 45
Teléfono: 3115148693
yoliby@gmail.com

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 52029829		BOHORQUEZ YEPEZ YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av. calle 24 85 B 09 Torre 2 Apt. 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9389966	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2040171072	9449923168	I	2023/05/09	2023/04/24	BANCOLOMBIA	0	$454,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,400	$0	$0	$250,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$250,400	$0	$0	$250,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,600	$0	$0	$195,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$195,600	$0	$0	$195,600
TOTAL				1	$454,200	$0	$0	$454,200

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 52029829		BOHORQUEZ YEPEZ YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av. calle 24 85 B 09 Torre 2 Apt. 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9389966	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-04	2023-04	2040171072	9449923168	I	2023/05/09	2023/04/24	BANCOLOMBIA	0	$454,200

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)					$1,564,400	$250,400			$1,564,400	$195,600			$0	$0			$1,564,400	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,564,400**	**$250,400**			**$1,564,400**	**$195,600**			**$0**	**$0**			**$1,564,400**	**$8,200**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,564,400**	**$250,400**			**$1,564,400**	**$195,600**			**$0**	**$0**			**$1,564,400**	**$8,200**		**$0**	**$0**
1	CC 52029829	BOHORQUEZ YOLANDA	230201	30	$1,564,400	$250,400	EPS008	30	$1,564,400	$195,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,564,400	$8,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					**$1,564,400**	**$250,400**			**$1,564,400**	**$195,600**			**$0**	**$0**			**$1,564,400**	**$8,200**		**$0**	**$0**

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá Abril 13 de 2022

DEBE A:

Laura Camila Gomez Galindo	**C.C. 1023959866**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Fisioterapeuta** del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	1.694.766

FIRMA: Laura Gomez	SUB TOTAL	$	1.694.766
	DESCUENTOS		
c.c. 1023959866	TOTAL	$	1.694.766

Valor en Letras: millon seiscientos noventa y cuatromil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: crr 6 Este # 13-50 sur
Teléfono: 3138459979
EMAIL: laura.gomez071214@gmail.com

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	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO		Cra6 este 13 50 sur	2890431	laura.gomez071214@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	24/04/2023	67260601	$208.900	

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	84.100	0		0		0	0	0	0	84.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	107.700	0	0	0	0	0	0		107.700	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	3.600				3.600	0	0	3.600			36	3.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.500	0	0	13.500	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	84.100	84.100
Pensión	1	107.700	107.700
Riesgos Laborales	1	3.600	3.600
CCF	1	13.500	13.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	208.900	208.900

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	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO		Cra6 este 13 50 sur	2890431	laura.gomez071214@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-04	2023-04	I	24/04/2023	67260601	$208.900	

POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
de ficación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Exonerado	Mes	Ing	TDE	TAE	TDP	VSP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMBINACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
9866	GOMEZ GALINDO LAURA CAMILA	59	0			N	X	X															25-14	672.534	107.700	0	0	3	0	EPS008	672.534	84.100	14-01	672.534	1	3.600	CCF24	672.534	18.600	0	0	0	0	0

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Adriana Marcela Bernal Toro	**C.C. 52.147.817**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fisioterapeuta del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	1.694.766

FIRMA: Adriana M. Bernal	**SUB TOTAL**	**$ 1.694.766**
c.c. 52147817 1023875 378	**DESCUENTOS**	0,00
	TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: calle 81 # 113 - 46
Teléfono: 3138777006
EMAIL: adrianabernal313@gmail.com

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-04-24, 11:26:55 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2023
Empresa	ADRIANA MARCELA BERNAL TORO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52147817
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1054282084
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2040966487
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 463.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 250.400	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$ 195.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 9.400	$ 0

SubTotales:	$ 463.600	$ 0
Total a Pagar:		$ 463.600

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Lina Constanza Amaya Barrera	**C.C. 1031139889**

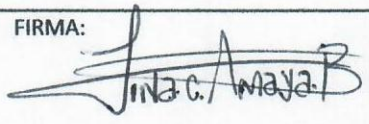
DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fisioterapeuta del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 1,694,766

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
De conformidad con el párágrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.
NO soy responsable de IVA.
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).

FIRMA:



c.c.1031139889

SUB TOTAL	1.694.766
DESCUENTOS	
TOTAL	1.694.766

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis mil.

Dirección: Calle 48 Bis Sur # 22 F-11 Bloq 16 Apto 201
Teléfono: 3138734173
EMAIL: lina.amba92 @gmail.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031139889
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			LINA CONSTANZA AMAYA BARRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 48 BIS SUR N 22F-11 APT 201 BLOQ16	TELÉFONO:	4772965
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4492511111	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994056549

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	$ 116.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.900	$ 0	$ 116.900
SUBTOTALES:										**$ 116.900**	**$ 0**	**$ 116.900**

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	$ 91.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 91.300	$ 0	$ 0	$ 91.300
SUBTOTALES:													**$ 91.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 91.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.900	$ 3.900	$ 0	$ 0	$ 3.900
SUBTOTALES:									**$ 3.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.900**

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	RESIDENTE EN EL EXTERIOR	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 1031139889	AMAYA BARRERA LINA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.564.400				NO	14																230301-PORVENIR	14	$ 730.054	$ 116.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 116.900	EPS005-SANITAS S.A.	14	$ 730.054	$ 91.300	$ 0	$ 91.300	14-11 - ARL SURA	14	$ 730.054	103113988	$ 3.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 212.100**

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Jimmy Armando Forero Quevedo	**C.C. 79661076**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Educador Fisico del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.	$	1.674.766
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.		
De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)		
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.		
NO soy responsable de IVA.		
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).		

FIRMA:

c.c. 79661076

SUB TOTAL	$	1.674.766
DESCUENTOS		0,00
TOTAL	$	1.674.766

Valor en Letras: Un millon seisientos setenta y cuatro mil setesientos seseinta y seis pesos

Calle 9c bis No 68g 29
Teléfono: 3183370749
EMAIL: jimmyedufisico@gmail.com

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	79661076	JIMMY ARMANDO FORERO QUEVEDO	Calle 9C bis No 68G-29	4852676	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
4	2023	4	2023	I	19 04 2023	8367107415	No	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					1					NIT EMPRESA CONVENIO									Todos																	
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 79661076	FORERO QUEVEDO JIMMY ARMANDO	59	0			No	001	11		X													15	15	15	EPS008	$782,200	12.50%	$97,800	230201	$782,200	16.00%	$125,200	$0
																															$97,800				$125,200	$0

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PAG

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 79661076	FORERO QUEVEDO JIMMY ARMANDO	$0	14-11	$782,200	0.52%	1	$4,100
			$0					$4,100

PAGADO

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotà Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

IVAN VARELA ACOSTA	**C.C. 80734512**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de ENFERMERO JEFE del 01 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.694.758

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 1.694.758
C.C. Ivan Varela Acosta	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 1.694.758

Valor en Letras: Un millon seisientos noventa y cuatro mil setecientos cincuenta y ocho pesos

Dirección: Dg 36 #30-60
Teléfono: 3102617111
EMAIL: santiaguito0708@yahoo.es

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	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	KR 36 No 30 60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	12/04/2023	67009388	$196.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	84.500	0		0		0	0	0	0	84.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	108.200	0	0	0	0	0	0		108.200	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	3.600				3.600	0	0	3.600			36	3.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	84.500	84.500
Pensión	1	108.200	108.200
Riesgos Laborales	1	3.600	3.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	196.300	196.300

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

NANCY CAROLINA VANEGAS LÓPEZ	**CC.52908250**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **NUTRICIONISTA** del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 1.694.766
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA:	**SUB TOTAL**	**$ 1.694.766**
C.C.52908250	**DESCUENTOS**	
	TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setescientos sesenta y seis pesos

Dirección: Cra,52 A 24-69 sur
Teléfono: 3023427132
EMAIL:nutricarovanegas@gmail.com

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-24, 06:07:23 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1053690184

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202303

Cliente:

PAGADA 2023-04-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY CAROLINA VANEGAS LOPEZ				
Documento	CC 52908250	**Dirección**	CR 52A #24 - 69 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3023427132		
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 52908250		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					VANEGAS LOPEZ NANCY CAROLINA	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			$ 1.564.400	230201		16 %	$ 1.564.400	$ 250.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.564.400	$ 195.600	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.564.400	$ 8.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 250.400	$ 0	$ 0	$ 195.600	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454.200

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores: SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS **NIT:** 860.007.314-1 **Tel:** 9 262083 **Dirección:** Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces	Bogotá abril 13 de 2023

DEBE A:

Edna Rocio Patiño Rodríguez	**C.C. 1022344690**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de fonoaudióloga del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de retención en la fuente superior	$ 1.694.766

FIRMA: c.c. 1022344690	**SUB TOTAL**	**$ 1.694.766**
	DESCUENTOS	
	TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras Un millón seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: Carrera 85B # 63-36 SUR
Teléfono: 3115224641
EMAIL : ernatinor@unal.edu.co

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-04-23, 06:18:53 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2023
Empresa	EDNA ROCIO PATINO RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022344690
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1054272786
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2040154870
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 454.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 250.300	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS S.A.	1	$ 195.500	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.200	$ 0
			SubTotales:	$ 454.000	$ 0
			Total a Pagar:		$ 454.000

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

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores: SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS **NIT:** 860.007.314-1 **Tel:** 9 262083 **Dirección:** Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces	Bogotá abril 13 de 2023

DEBE A:

Brenda Xiomara Buitrago Hernández	**C.C. 1012393542**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de fonoaudióloga del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 1.694.766
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de retención en la fuente superior	

FIRMA: Xiomara B.	**SUB TOTAL**	**$ 1.694.766**
c.c. 1012393542	**DESCUENTOS**	
	TOTAL	**$ 1.694.766**

Valor en Letras Un millón seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: Cra 83 #64-19 sur
Teléfono: 3016820484
EMAIL : Xiomara.b. @hotmail.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012393542	0	BRENDA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 83 64 19 SUR		3016820484		XIOMARA.B_@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-04	2023-04	26252638	I	2023-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	378.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	26252638	2023-05-10	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exenta de Parafiscales	Actividad Economica
CC 1012393542	BUITRAGO HERNANDEZ BRENDA XIOMARA	1.564.400		X														0			25	25	0	25	PORVENIR-230301	1.303.667	208.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.303.667	163.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.303.667	6.900	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	378.500	N	1949101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012393542	0	BRENDA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 83 64 19 SUR		3016820484		XIOMARA.B_@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-04	2023-04	26252638	I	2023-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	378.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	26252638		Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.303.667	1.303.667	1.303.667	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EP(Administradoras: 1)				1	208.600	0	0	0	208.600
PORVENIR	230301	800224808	8	1	208.600	0	0	0	208.600
PS(Administradoras: 1)				1	163.000	0	0	0	163.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	163.000	0	0	0	163.000
RP(Administradoras: 1)				1	6.900	0	0	0	6.900
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	6.900	0	0	0	6.900
ran Total					378.500	0	0	0	378.500

CUENTA DE COBRO N° 8

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Ibeth Milena Serrano Puentes.	**C.C. 52.530.989**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fonoaudiologa del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	1.694.766

FIRMA: Ibeth Serrano P	SUB TOTAL	$ 1.694.766
c.c. 52.530.989	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 1.694.766

Valor en Letras: Un millon seiscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y seis pesos

Dirección: carrera 64 # 2C63
Teléfono: 3115003813
EMAIL: ibmisepu@gmail.com

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-23, 08:11:48 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1053689664 **Referencia pago(PIN)** 8866162260

Periodo Cotización 202304 **Periodo Servicio** 202304

Cliente:

PAGADA 2023-04-23 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IBETH MILENA SERRANO PUENTES				
Documento	CC 52530989	**Dirección**	CARRERA 64 2C 63		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115003813		
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 52530989						Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	SERRANO PUENTES IBETH MILENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
SNG	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	30			$ 1.564.400	230301		16 %	$ 1.564.400	$ 250.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.564.400	$ 195.600	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.564.400	$ 8.200	CCF21	0,6 %	$ 1.564.400	$ 9.400	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	FAMISANAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 250.400	$ 0	$ 0	$ 195.600	$ 8.200	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 463.600

Ibeth Serrano P

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CUENTA DE COBRO N° 9

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C.Abril 13 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Magda Susana Ramos Ramirez	**C.C. 52.409.735**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar administrativa del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 942.066
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el párragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA: MRamos.	SUB TOTAL	$ 942.066
C.C. 52.409.735	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 942.066

Valor en Letras: Novecientos cuarenta y dos mil sesenta y seis pesos m/cte

Dirección: carrera 103b 152c 64 apto 205
Teléfono: 3154510806
EMAIL: magsusara@hotmail.es

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52409735
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 103B 152G 64 APTO 206	TELÉFONO:	3279707
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades auxiliares de las actividades d
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - EMILIANO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	9837210435			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Abril	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/04/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	199623041		

TOTAL APORTES A PENSION

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	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100		$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100
SUBTOTALES:										$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PERSONA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED	
																										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 APORT	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT
1	CC 52409735	RAMOS RAMIREZ MAGDA SUSANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	1.160.00	$ 185.60	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 186.60	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.160.00	$ 146.00	$ 0	$ 146.00	14-11 - ARL SURA	30	1.160.00	52409735	$ 6.10	$	$	$	$	$	$	$

TOTAL	$ 336.700

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, Abril 17 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Alejandro Castellanos Campos	**C.C. 1023970663**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **Gestion Ambiental** del 1 al 13 de abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 942.066

FIRMA:	**SUB TOTAL**	**$ 942.066**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 942.066**

Valor en Letras: Novecientos cuarenta y dos mil sesenta y seis pesos

Dirección: calle 29C sur No. 2 i 30
Teléfono: 3103097271
EMAIL: alejo.19982009@gmail.com

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	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS		Cll 39C sur No 2 i 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-04	2023-04	I	17/04/2023	67108207	TOTAL A PAGAR	
					$145.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	62.831	0		0		0	0	0	0	62.831	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	80.426	0	0	0	0	0	0		80.426	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					2.643	0	0	2.643			61	2.643	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	62.831	62.831
Pensión	1	80.426	80.426
Riesgos Laborales	1	2.463	2.463
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	145.900	145.900

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 3

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

MADELEINE VALENZUELA OSORIO	**C.C. 26.492.888**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario NO autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. NO soy responsable de IVA. NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	955.933

FIRMA: Madeleine Valenzuela	SUB TOTAL	955.933
C.C. 26492888	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 955.933

Valor en Letras: Novecientos cincuenta y cinco mil novecientos treinta y tres pesos

Dirección: Clle 31 No. 1-90
Teléfono: 350 3373809
EMAIL: valenzuelaosorio04@gmail.com

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	26492888	MADE LEINE VALENZUELA OSORIO	clle 35 n 34 72	3503373809	valenzuelaosorio04@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	27/04/2023	66908601	$146.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	62.900	0		0		0	0	0	0	62.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	80.500	0	0	0	0	0	0		80.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.700				2.700	0	0	2.700			27	2.700	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	62.900	62.900
Pensión	1	80.500	80.500
Riesgos Laborales	1	2.700	2.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	146.100	146.100

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 3

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL	**C.C. 1.233.890.025**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario NO autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. NO soy responsable de IVA. NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	955.933

FIRMA:		
leidy Jimenez	SUB TOTAL	955.933
c.c. 1233890025	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 955.933

Valor en Letras: Novecientos cincuenta y cinco mil novecientos treinta y tres pesos

Dirección: CRA 118 No. 137-03
Teléfono: 3226803982
EMAIL: leju0413@gmail.com

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	1233890025	LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL		ALTO MINAS	3226803992	TRAMITES.LUZMY@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SAN FRANCISCO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	04/04/2023	66764859	$358.900

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

PAGADA

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	1233890025	LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL	ALTO MINAS	3226803992	TRAMITES.LUZMY@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SAN FRANCISCO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-04	2023-04	I	04/04/2023	66764859	$358.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Enterado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1233890025	JIMENEZ CARVAJAL LEIDY JULIETH	57	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Abril 13 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

SANDRA MILENA MORENO	**C.C. 52.458.252**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 3 al 13 de Abril de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario NO autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. NO soy responsable de IVA. NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	808.867

FIRMA:		
	SUB TOTAL	808.867
	DESCUENTOS	
C.C. 52458252	TOTAL	$ 808.867

Valor en Letras: Ochocientos ocho mil ochocientos sesenta y siete pesos

Dirección: CRA 93C No. 54-31
Teléfono: 314 347 4881
EMAIL: sandramilenam32@hotmail.com

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SANDRA MILENA MORENO
IDENTIFICACION:	CC-52458252
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-04-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-05-12
FECHA DE PAGO:	2023-04-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-04
PERIODO SALUD:	2023-04
NUMERO PLANILLA:	8624346754
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8607339415
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 502.667	$ 0	$ 0	$ 0	$ 62.900	$ 62.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 502.667	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.500	$ 80.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 502.667	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.300	$ 12.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.700	$ 155.700

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS	Bogotá Abril 13 2023
NIT:	860.007.314-1	
Tel:	9 262083	
Dirección:	Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces	

DEBE A:

Brian Steven Montaño Camacho	**C.C. 1072925920**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario NO autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. NO soy responsable de IVA. NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	955.933

FIRMA: Brian Montaño	SUB TOTAL	955.933
C.C. 1072925920	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 955.933

Valor en Letras: un millon veinti nueve mil cuatrocientos sesenta y dos pesos

Dirección: Carrera 82a #13f-10

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO**, identificado con **CC** número **1072925920**, aportó por el empleado **BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO** identificado(a) con **CC** número **1072925920** 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, el periodo de pensión de 04 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59		X													0		31	$1,000,000	0.04230	$42,300	$0	$0	Abril - 2023	62650456	15/04/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59		X													0		31	$1,000,000	0.14500	$145,000	$0	$0	Abril - 2023	62650456	15/04/2023	NO
230201	Proteccion (ING+ proteccion)	59		X													0		31	$1,000,000	0.18560	$185,600	$0	$0	Abril - 2023	62650456	15/04/2023	NO
14-11	Seguros de Vida sura S.A.	59		X													0		31	$1,000,000	0.02430	$24,300	$0	$0	Abril - 2023	62650456	15/04/2023	NO

PAGADA

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com [x] Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	Siervas de cristo sacerdote	**Nit:**	860007314
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2023
Sucursal o Dependencia:	HOGAR CLARITA SANTOS	**Periodo liquidación Salud:**	Mayo 2023
Número de radicación:	67469302	**Total a pagar:**	$1,387,100
Fecha de vencimiento:	04/05/2023	**Total de empleados:**	6
Fecha de pago:	03/05/2023	**Número de administradoras:**	12

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	2059887974
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	6		$0.00	$16,900
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	2		$0.00	$173,600
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$80,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	3		$0.00	$252,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	6		$0.00	$207,700
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0.00	$62,900
EPS002	800130907	Salud Total EPS	2		$0.00	$135,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$71,600
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$62,900
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0.00	$62,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	6			
PASENA	899999034	SENA	6			
						$1,387,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Hola soy Pili, ¿en qué te puedo ayudar?

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	3117691134	economatscs18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	HOGAR CLARITA	11	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E		67469302	$1.387.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	62.900	0		0		0	0	0	0	62.900	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	135.600	0		0		0	0	0	0	135.600	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	71.600	0		0		0	0	0	0	71.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	62.900	0		0		0	0	0	0	62.900	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	62.900	0		0		0	0	0	0	62.900	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	173.600	0	0	0	0	0	0		173.600	2
230301	Porvenir	800224808-8	80.500	0	0	0	0	0	0		80.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	252.600	0	0	0	0	0	0		252.600	3

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	16.900				16.900	0	0	16.900			169	16.900	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	207.700	0	0	207.700	6

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
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	3117691134	economatscs18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	HOGAR CLARITA	11	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E		67469302	$1.387.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
104.100	0	0	104.100	6
ICBF				
155.800	0	0	155.800	6
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	395.900	395.900
Pensión	3	506.700	506.700
Riesgos Laborales	1	16.900	16.900
CCF	1	207.700	207.700
ESAP	0	0	0
ICBF	1	155.800	155.800
MEN	0	0	0
SENA	1	104.100	104.100
TOTALES	12	1.387.100	1.387.100

PAGADO 205988794

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
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	3117691134	economatscs18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	HOGAR CLARITA	11	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-04	E		67469302	$1.387.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52654171	RIVERA GARCIA SANDRA ESPERANZA	1	0			N	X																25-14	502.667	80.500	0	0	0	0	EPS002	502.667	62.900	14-11	502.667	1	2.700	CCF24	1.382.334	55.300	1.382.334	27.700	41.500	0	0
CC	52290377	CASTRO RODRIGUEZ DORA MARIA	1	0			N	X																230201	581.534	93.100	0	0	0	0	EPS002	581.534	72.700	14-11	581.534	1	3.100	CCF24	978.541	39.200	978.541	19.600	29.400	0	0
CC	79871708	MONTES VILLAMIL CARLOS YAIER	1	0			N	X																25-14	572.434	91.600	0	0	0	0	EPS008	572.434	71.600	14-11	572.434	1	3.000	CCF24	966.899	38.700	966.899	19.400	29.100	0	0
CC	1023024025	PIÑEROS NIETO JESSICA GERALDINE	1	0			N	X																230201	502.667	80.500	0	0	0	0	EPSC34	502.667	62.900	14-11	502.667	1	2.700	CCF24	676.666	27.100	676.666	13.600	20.300	0	0
CC	1023866497	BOHORQUEZ CAMARGO MARTHA JANETH	1	0			N	X																230301	502.667	80.500	0	0	0	0	EPS001	502.667	62.900	14-11	502.667	1	2.700	CCF24	596.111	23.900	596.111	12.000	17.900	0	0
CC	52844067	ESPINOSA DAMARIS	1	0			N	X																25-14	502.667	80.500	0	0	0	0	EPS017	502.667	62.900	14-11	502.667	1	2.700	CCF24	586.445	23.500	586.445	11.800	17.600	0	0

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