CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Carlos Andres Calderon Abril	**C.C. 80.779.094**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de diciembre 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:	$ 2.206.000
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	$ 2.206.000
C.C. 80.779.094	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

Valor en Letras: Dos millones doscientos seis mil pesos m/cte

Dirección: Vereda Fonqueta, Sector Alejandria - Chia Cundinamarca
Teléfono: 3105798545
EMAIL: carlosandres.caca59@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 80779094		CALDERON ABRIL CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 10 este # 80-20 sur blq a 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2360242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-12	2022-12	1843319099	9444937839	I	2023/01/24	2023/01/02	BANCOLOMBIA	0	$309.400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	80779094	CALDERON CARLOS	230301	30		$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

2023/01/02 09:05 AM

CUENTA DE COBRO N° 4

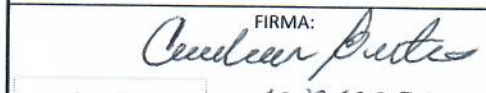
Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Cristian Evelio Prieto Torres	**C.C. 1072426869**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **gestor ambiental** del 1 al 23 de diciembre 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 parágrafo 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 (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.666.733

FIRMA: 	SUB TOTAL	$ 1.666.733
c.c. 1023959866 1072426869	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 1.666.733

Valor en Letras: Un millones Seiscientos Sesenta y Seis Mil Setientos Treinta y Tres

Cajica Cundunamarca
Teléfono: 3192030135
EMAIL: prietorres2009@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 1072426869		PRIETO TORRES CRISTIAN EVELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda san nicolas serctor el cruce	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1000000907	94433219 36	I	2022/12/16	2023/01/04	BANCO BOGOTA	19	$296,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$3,400	$0	$163,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$3,400	$0	$163,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$200	$0	$5,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$200	$0	$5,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$2,600	$0	$127,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$125,000	$2,600	$0	$127,600
TOTAL				1	$290,300	$6,200	$0	$296,500

2023/01/04 06:14 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51883879		ROA URBANO LIDIA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 24D BIS 24 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115374195	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	25415974	9443840421	I	2023/01/13	2023/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tap tpo vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	51883879	ROA LIDIA	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51883879		ROA URBANO LIDIA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 24D BIS 24 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115374195	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	25415974	9443840421	I	2023/01/13	2023/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

CUENTA DE COBRO N° 4

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 Diciembre 30 de 2022

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de PSICOLOGA del 1 al 30 de diciembre 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:

$ 3.911.000

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: 52193879	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Direccion: Cll 152 b N 55- 45
Teléfono: 3203308444

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
2022-12	2022-12	1846114696	9443388134	I	2023/01/13	2023/01/03	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$485,500

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,300	$0	$0	$31,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,300	$0	$0	$31,300
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	$485,500	$0	$0	$485,500

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **Fonoaudióloga** del 1 al 30 de diciembre 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 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).	$ 3.911.000

FIRMA:  1022344690	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: carrera 85b # 65-36 sur
Teléfono: 3115224641
EMAIL: erpatinor@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.

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	2023-01-02, 06:51:14 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2022
Empresa	EDNA ROCIO PATINO RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022344690
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1051461807
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1844750314
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 454.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéresss Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 250.400	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS S.A.	1	$ 195.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.200	$ 0
		SubTotales:		$ 454.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 454.200

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° 4

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 Diciembre 30 de 2022

DEBE A:

IBETH MILENA SERRANO PUENTES	**C.C. 52530989**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Fonoaudióloga** del 1 al 30 de diciembre 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:

$ 3.911.000

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:		
Ibeth Milena Serrano P 52.530 989 Bta	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: carrera 64 # 2 C 63
Teléfono: 3115003813
EMAIL: ibmisepu@gmail.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2023-01-04, 05:06:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8853641440

Fecha límite de pago: 2023-01-23

GUARDADA 06/12/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IBETH MILENA SERRANO PUENTES				
Documento	CC52530989	**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**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	DNF	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52530989	SERRANO PUENTES IBETH MILENA	59	00														0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.564.400	$ 250.400	FAMISANAR EPS	$ 1.564.400	$ 195.600	ARL SURA	$ 1.564.400	$ 8.200	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.564.400	$ 1.564.400	$ 1.564.400	$ 0	$ 250.400	$ 0	$ 0	$ 195.600	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454.200	$ 0	$ 454.200

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8853641440(3900)0000000(96)20991231

EXITO FLORESTA 4
COMPRA Y RECOGE 305-4829046

879893 SIMPLE S.A. NUEVO 454.200
Factura: 8853641440
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ **454.200**
EFECTIVO 460.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8853641440 Aprv:343807 BANCO:0001
CAMBIO 5.800
DISCRIMINACION TARIFAS IVA IVA
TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA
=00% 454200 454200 0
TOTAL= 454200 454200 0

TIQUETE :0281 260644591
RES.DIAN# 18764034387181 DE23/AGO/2022
RANG.AUT.0281 260631379 al 269999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
-
04/ENE/2023 18:02 0281 26 0313 5361

281-MPOUN

ENE 04 2023 18:02:41 REMICT 9.43
EXITO FLORESTA
AVX 68 90-88
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0012789061 TER: 17627410
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0001115361 RRN: 119083
RECIBO: 056439 APRO: 343807
RECAUDO
SERVICIO: 6347
FACTURA: 0000000000000008853641440
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 454.200
BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

d (Jumbo, Metro y Spid) -

Página 1 de 1
71 971 -

¡El Poder de lo SIMPLE!

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
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, del 01 al 30 de Diciembre 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).	$ 3.911.000

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 3.911.000
C.C. Ivan Varela Acosta	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letras: Tres millones novecientos once mil 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
2022-12	2022-12	I	05/01/2023	64245294	$484.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	195.600	0		0		0	0	0	0	195.600	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	250.400	0	0	0	0	0	0		250.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.200				38.200	0	0	38.200			382	38.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	195.600	195.600
Pensión	1	250.400	250.400
Riesgos Laborales	1	38.200	38.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	484.200	484.200

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 2022
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 30 de diciembre 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).	$ 3.911.000

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 3.911.000
c.c. 79661076	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos m/cte

Calle 9c bis No 68g 29
Teléfono: 3183370749
EMAIL: jimmyedufisico@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	79661076	JIMMY ARMANDO FORERO QUEVEDO	Calle 9C bis No 68G-29	4852676	jimmyaforero@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-12	2022-12	I	03/01/2023	64517529	$454.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	195.600	0		0		0	0	0	0	195.600	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	250.400	0	0	0	0	0	0		250.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	195.600	195.600
Pensión	1	250.400	250.400
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	454.200	454.200

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Fisioterapeuta** del 1 al 30 de diciembre 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).	$	3.911.000

FIRMA: 	SUB TOTAL	$	3.911.000
c.c. 1023959866	DESCUENTOS		
	TOTAL	$	3.911.000

Valor en Letras: Tres millones novecientos oncemil 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	03/01/2023	64487949	$481.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	194.000	0		0		0	0	0	0	194.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	248.400	0	0	0	0	0	0		248.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.100	0	0	31.100	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.000	194.000
Pensión	1	248.400	248.400
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	1	31.100	31.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	481.700	481.700

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 4

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 Diciembre 30 de 2022
DEBE A:	
LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	**C.C. 53155574**
DETALLE	
POR CONCEPTO DE:	

Honorarios de **TRABAJADORA SOCIAL** del 1 al 30 de diciembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, fisicos, 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: $ 3.911.000

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: CC. 53155574	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: carrera 2 # 40 a 08
Teléfono: 3155906878

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	04/01/2023	64207520	$454.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	195.600	0		0		0	0	0	0	195.600	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	250.400	0	0	0	0	0	0		250.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	195.600	195.600
Pensión	1	250.400	250.400
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	454.200	454.200

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Lidia Janeth Roa Urbano	**C.C. 51.883.879**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de diciembre 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).	$ 2.206.000

FIRMA: Janeth Roa	SUB TOTAL	$ 2.206.000
C.C.51.883.879	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

Valor en Letras: Dos millones doscientos seis mil pesos m/cte

Dirección: carrera 24D bis 24 47 sur
Teléfono: 3115374195
EMAIL: janethroa@live.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51883879		ROA URBANO LIDIA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 24D BIS 24 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115374195	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	25415974	9443840421	I	2023/01/13	2023/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingretitcevaetaetcdptapvspicorvstsleigelmavacavpivctirlvip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	51883879	ROA LIDIA	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total		**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51883879		ROA URBANO LIDIA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 24D BIS 24 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115374195	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	25415974	9443840421	I	2023/01/13	2023/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

CUENTA DE COBRO N° 4

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 Diciembre 30 de 2022

DEBE A:

LINA CONSTANZA AMAYA BARRERA	**C.C. 1031139889**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **FISIOTERAPEUTA** del 1 al 30 de diciembre 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:

$ 3.911.000

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: Lina C. Amaya B.
CC 1031139889

SUB TOTAL	$	**3.911.000**
DESCUENTOS		0,00
TOTAL	$	**3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: calle 48 bis sur # 22 f 11
Teléfono: 3138734173

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031139889
NOMBRE O RAZÓN 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:	4476592438			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/01/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	99928128384		

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	$ 250,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250,400	$ 0	$ 250,400
SUBTOTALES:										**$ 250,400**	**$ 0**	**$ 250,400**

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	$ 195,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195,600	$ 0	$ 0	$ 195,600
SUBTOTALES:													**$ 195,600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 195,600**

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	$ 8,200	$ 8,200	$ 0	$ 0	$ 8,200
SUBTOTALES:									**$ 8,200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8,200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																														PENSIÓN							SALUD							ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1031139889	AMAYA BARRERA LINA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,564,400			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1,564,400	$ 250,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 250,400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,564,400	$ 195,600	$ 0	$ 195,600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,564,400	$ 103113988	$ 8,200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 454,200

Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
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 30 de diciembre 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).	$ 3.911.000

FIRMA: Carolina Vanegas L.	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
C.C.52908250	**DESCUENTOS**	
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: Tres millones novecientos once mil pesos m/l y corriente.

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-01-04, 09:20:45 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1050435468

Periodo Cotización 202211 **Periodo Servicio** 202211

Cliente:

PAGADA 2023-01-04

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	14-23	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	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 250.400	$ 0	$ 0	$ 195.600	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454.200

Lineas 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° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Yolanda Rojas Moreno	**C.C. 39.793.482**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de diciembre 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%,	$	2.206.000

FIRMA: Yolanda Rojas S.	SUB TOTAL	$ 2.206.000
C.C. 39.793.482	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

Valor en Letras: Dos millones doscientos seis mil pesos m/cte

Dirección: calle 73 77L 76
Teléfono: 3012381649
EMAIL: yolisrojas.4176@hotmail.com

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-39793482 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2022-12	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	160.000	0	160.000
Período salud:	2022-12	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	125.000	0	125.000
Planilla Nro.:	24877913 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	5.300	0	5.300
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2022-12-03	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1792284040	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 290.300

PAGADO

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**	Diciembre 2022
Sucursal o Dependencia:	HOGAR CLARITA SANTOS	**Periodo liquidación Salud:**	Enero 2023
Número de radicación:	64516183	**Total a pagar:**	$3,244,600
Fecha de vencimiento:	04/01/2023	**Total de empleados:**	8
Fecha de pago:	03/01/2023	**Número de administradoras:**	13

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:**	1846449925
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	8		$0.00	$43,300
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$214,800
230301	800224808	Porvenir	3		$0.00	$404,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	4		$0.00	$733,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	8		$0.00	$352,300
EPS002	800130907	Salud Total EPS	2		$0.00	$306,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$117,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	2		$0.00	$225,100
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$138,200
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0.00	$138,200
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		$0.00	$131,300
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	8		$0.00	$264,300
PASENA	899999034	SENA	8		$0.00	$176,400
						$3,244,600

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

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	7435367	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2022-12	E	03/01/2023	64516183	$3.244.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	306.000	0		0		0	0	0	0	306.000	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	117.500	0		0		0	0	0	0	117.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.100	0		0		0	0	0	0	225.100	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	138.200	0		0		0	0	0	0	138.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	138.200	0		0		0	0	0	0	138.200	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	131.300	0		0		0	0	0	0	131.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	214.800	0	0	0	0	0	0		214.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	404.000	0	0	0	0	0	0		404.000	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	733.200	0	0	0	0	0	0		733.200	4

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	43.300				43.300	0	0	43.300			433	43.300	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	352.300	0	0	352.300	8

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
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote		Calle 12 2 - 88	7435367	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2022-12	E	03/01/2023	64516183	$3.244.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
176.400	0	0	176.400	8
ICBF				
264.300	0	0	264.300	8
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.056.300	1.056.300
Pensión	3	1.352.000	1.352.000
Riesgos Laborales	1	43.300	43.300
CCF	1	352.300	352.300
ESAP	0	0	0
ICBF	1	264.300	264.300
MEN	0	0	0
SENA	1	176.400	176.400
TOTALES	13	3.244.600	3.244.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	7435367	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2022-12	E	03/01/2023	64516183	$3.244.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCION	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	1000932435	RIVEROS PUENTES MARTA CRISTINA	1	0			N																	25-14	1.105.500	176.900	0	0	0	0	EPS037	1.105.500	138.200	14-11	1.105.500	1	5.800	CCF24	1.105.500	44.300	1.105.500	22.200	33.200	0	0
CC	1007268829	OSPINA REYES ANGIE CAMILA	1	0			N	X																230301	479.050	76.700	0	0	0	0	EPS008	479.050	59.900	14-11	479.050	1	2.600	CCF24	629.521	25.200	629.521	12.600	18.900	0	0
CC	51859410	MOLINA VARGAS CLEMENTINA	1	0			N																	230301	1.105.500	176.900	0	0	0	0	EPS017	1.105.500	138.200	14-11	1.105.500	1	5.800	CCF24	1.105.500	44.300	1.105.500	22.200	33.200	0	0
CC	52275255	REBOLLEDO CAMACHO SUGENIS ELENA	1	0			N	X																230301	939.400	150.400	0	0	0	0	EPS005	939.400	117.500	14-11	939.400	1	5.000	CCF24	1.136.972	45.500	1.136.972	22.800	34.200	0	0
CC	52290377	CASTRO RODRIGUEZ DORA MARIA	1	0			N																	230201	1.118.334	179.000	0	0	0	0	EPS002	1.118.334	139.800	14-11	1.118.334	1	5.900	CCF24	1.118.334	44.800	1.118.334	22.400	33.600	0	0
CC	52290377	CASTRO RODRIGUEZ DORA MARIA	1	0			N												X					230201	223.667	35.800	0	0	0	0	EPS002	223.667	28.000	14-11	223.667	1	0	CCF24	223.667	9.000	223.667	4.500	6.800	0	0
CC	52654171	RIVERA GARCIA SANDRA ESPERANZA	1	0			N																	25-14	1.105.500	176.900	0	0	0	0	EPS002	1.105.500	138.200	14-11	1.105.500	1	5.800	CCF24	1.105.500	44.300	1.105.500	22.200	33.200	0	0
CC	74335510	MENDOZA OSCAR ARMANDO	1	0			N																	25-14	1.050.000	168.000	0	0	0	0	EPS041	1.050.000	131.300	14-11	1.050.000	1	5.500	CCF24	1.050.000	42.000	1.050.000	21.000	31.500	0	0
CC	79871708	MONTES VILLAMIL CARLOS YAIER	1	0			N																	25-14	1.321.000	211.400	0	0	0	0	EPS008	1.321.000	165.200	14-11	1.321.000	1	6.900	CCF24	1.321.000	52.900	1.321.000	26.500	39.700	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

Sergio David Giraldo Ninco	**C.C. 1072709500**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de fisioterapeuta del 1 al 13 de Diciembre 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: $ 1.694.767

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	$ 1.694.767
c.c. 1072709500	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 1.694.767

Valor en Letras: Tres millones, doscientos cincuenta y nuevemil ciento sesenta y siete pesos.

Dirección: calle 67#55-21 apto 301
Teléfono: 3172126267
EMAIL: sergiodavidgiraldo@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	1072709500	SERGIO DAVID GIRALDO NINCO		Calle 67 # 55-21	3172126267	sergiodavidgiraldo@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	
2022-12	2022-12	I	15/12/2022	64037518	$200.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	86.400	0		0		0	0	0	0	86.400	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	110.600	0	0	0	0	0	0		110.600	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	3.700				3.700	0	0	3.700			37	3.700	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	86.400	86.400
Pensión	1	110.600	110.600
Riesgos Laborales	1	3.700	3.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	200.700	200.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072709500	SERGIO DAVID GIRALDO NINCO		Calle 67 # 55-21	3172126267	sergiodavidgiraldo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2022-12	2022-12	I	15/12/2022	64037518	$200.700

DETALLE 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	1072709500	GIRALDO NINCO SERGIO DAVID	59	0			N	X																231001	690.907	110.600	0	0	0	0	EPS037	690.907	86.400	14-11	690.907	1	3.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Diciembre 30 de 2022
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 30 de diciembre 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%,	$	2.174.000

FIRMA: SRamos.	SUB TOTAL	$	2.174.000
C.C. 52.409.735	DESCUENTOS		
	TOTAL	$	2.174.000

Valor en Letras: **Dos millones ciento setenta y cuatro mil 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 D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	DIAG 2 B 82 30 INT 11 APTO 343	TELÉFONO:	3279797
TIPO APORTANTE:	52-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:			7864551256	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/01/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			18-40270530

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	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

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	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

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	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:									**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 20.000	$ 0	$ 20.000
SUBTOTALES:			**$ 20.000**	**$ 0**	**$ 20.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL A PORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52409735	RAMOS RAMIREZ MAGDA SUSANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.000.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	$ 5.300	$ 5.300	30	$ 1.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 310.300

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

BRENDA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	**C.C. 1012393542**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Fonoaudióloga** del 1 al 30 de diciembre 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:

$ 3.911.000

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**	**$ 3.911.000**
Xiomara Buitrago cc 1012393542		
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: carrera 83 # 64 19
Teléfono: 3016820484

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
2022-12	2022-12	24969274	I	2023-01-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24969274	2023-01-11	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	CC 1012393542	BUITRAGO HERNANDEZ BRENDA XIOMARA	1.564.400																0				30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.564.400	250.400	0	0	SANITAS-EPS005	1.564.400	195.600	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.564.400	8.200	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	454.200	N	8299

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

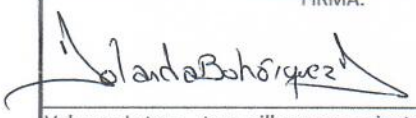
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	24969274	I	2023-01-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24969274		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.564.400	1.564.400	1.564.400	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	250.400	0	0	0	250.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	250.400	0	0	0	250.400
EPS(Administradoras: 1)				1	195.600	0	0	0	195.600
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	195.600	0	0	0	195.600
ARP(Administradoras: 1)				1	8.200	0	0	0	8.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	8.200	0	0	0	8.200
Gran Total					454.200	0	0	0	454.200

CUENTA DE COBRO N° 4

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 Diciembre 30 de 2022
DEBE A:	
YOLANDA BOHORQUEZ YEPES	**C.C. 52029829**
DETALLE	
POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **TERAPEUTA OCUPACIONAL** del 1 al 30 de diciembre 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).	$ 3.911.000

FIRMA: 	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Direccion: Av. Calle 24 # 85 b 09

Teléfono: 3115148693

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
2022-12	2022-12	1839281636	9443497901	I	2023/01/06	2023/01/02	BANCOLOMBIA	0	$454,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,564,400**	**$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° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Diciembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Yulieth Maritza Rodriguez Monroy	**C.C. 1.030.578.288**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de auxiliar de enfermeria del 7 al 30 de diciembre 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:	$	1.764.800
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: Rodriguez Yulieth	SUB TOTAL	$	1.764.800
C.C.1.030.578.288	DESCUENTOS		
	TOTAL	$	1.764.800

Valor en Letras: Un millon setecientos sesenta y cuatro mil ochocientos pesos m/cte

Dirección: carrera 99A 26 27
Teléfono: 3016018577
EMAIL: juliethrodriguez1030@gmail.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CODIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1030578288	0	YULIETH MARITZA RODRIGUEZ MONROY	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 99A NO 26 27 CASA A 02		3016018577			YULIETHRODRIGUEZ1030@GMAIL.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
2022-12	2022-12	8622820924	I	2023-01-03	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	309.400	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8616560190	2023-01-23	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	CC 1030578288	RODRIGUEZ MONROY YULIETH MARITZA	1.000.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.000.000	160.000	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.000.000	125.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.000.000	24.400	0.02436	0	0	0	0	0	59	0	309.400	N	8692

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 1030578288	0	YULIETH MARITZA RODRIGUEZ MONROY	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 99A NO 26 27 CASA A 02		3016018577			YULIETHRODRIGUEZ1030@GMAIL.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
2022-12	2022-12	8622820924	I	2023-01-03	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	309.400	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8616560190		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.000.000	1.000.000	1.000.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	160.000	0	0	0	160.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	160.000	0	0	0	160.000
EPS(Administradoras: 1)				1	125.000	0	0	0	125.000
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	125.000	0	0	0	125.000
ARP(Administradoras: 1)				1	24.400	0	0	0	24.400
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	24.400	0	0	0	24.400
Gran Total					309.400	0	0	0	309.400

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	CC 1030578288	RODRIGUEZ MONROY YULIETH MARITZA	1 000 000																		0		30	30	0	30	PORVENIR 230301	1 000 000	160 000	0	0	FAMISANAR-EPS017	1 000 000	125 000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1 000 000	24 400	0.02436	0	0	0	0	0	59	0	309 400	N	9692

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 1030578288	0	YULIETH MARITZA RODRIGUEZ MONROY	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 99A NO 26 27 CASA A 02		3016018577		YULIETHRODRIGUEZ1030@GMAIL.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
2022-12	2022-12	8622820924	I	2023-01-03	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	309.400	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8616560190		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.000.000	1.000.000	1.000.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	160.000	0	0	0	160.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	160.000	0	0	0	160.000
EPS(Administradoras: 1)				1	125.000	0	0	0	125.000
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	125.000	0	0	0	125.000
ARP(Administradoras: 1)				1	24.400	0	0	0	24.400
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	24.400	0	0	0	24.400
Gran Total					309.400	0	0	0	309.400