CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de auxiliar administrativa del 1 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 2.174.000
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: 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 CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52409735
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 109B 152C 84 APTO 295	TELEFONO:	3778797
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades auxiliares de las actividades d
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - EMILIANO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7868346487	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/01/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1891439552

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	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.600	$ 0	$ 165.600
SUBTOTALES:										$ 165.600	$ 0	$ 165.600

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COLOMBIANO/EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52409735	RAMOS RAMIREZ MAGDA SUSANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SE		$ 1.160.000			NO																

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
	PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 165.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	52409735	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 336.700

Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO N° 1

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, D.C. Enero 31 de 2023
DEBE A:	
Johan Sebastian Gaitan Osorio	**C.C. 1.007.153.069**

DETALLE **POR CONCEPTO DE:**	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 2.206.000

FIRMA:		SUB TOTAL	$ 2.206.000
C.C. 1.007.153.069	Jebastian Gaitan	DESCUENTOS	
		TOTAL	$ 2.206.000

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

Dirección: carrera 81 H 43A 71 sur
Teléfono: 3144914987
EMAIL: johan.88jt@hotmail.com

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007153069		GAITAN OSORIO JOHAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda las mercedes	NOCAIMA-CUNDINAMARCA	3144914987	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	74530501	9445777562	I	2023/02/15	2023/02/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$145,000**			**$1,160,000**	**$23,200**			**$1,160,000**	**$28,300**		**$0**	**$0**
Ciudad: NOCAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	1007153069 GAITAN JOHAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000	CCF22	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$145,000**			**$1,160,000**	**$23,200**			**$1,160,000**	**$28,300**		**$0**	**$0**

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 1007153069		GAITAN OSORIO JOHAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda las mercedes	NOCAIMA-CUNDINAMARCA	3144914987	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	74530501	9445777562	I	2023/02/15	2023/02/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$382,100	$0	$0	$382,100

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Enero 31 de 2023
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 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 2.206.000

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

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1895515433	9445260449	I	2023/02/22	2023/02/02	NEQUI	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1895515433	9445260449	I	2023/02/22	2023/02/02	NEQUI	0	$358,900

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 80779094	CALDERON CARLOS 230301		30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Brian Steven Montaño Camacho	**C.C. 1.072.925.920**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 4 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.985.400

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 1.985.400
Brian Montaño		
C.C.1.072.925.920	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 1.985.400

Valor en Letras: Un millon novecientos ochenta y cinco mil cuatrocientos pesos m/cte

Dirección: carrera 82A 13F 10
Teléfono: 3116993460
EMAIL: briansmc67@gmail.com

compensar miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO**, identificada con **CC** número **1072925920**, aportó por el empleado **BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO** identificado(a) con **CC** número **1072925920** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2023 de la siguiente forma.

CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59	X	0	31	$1,000,000	0.04230	$42,300	$0	$0	Enero - 2023	62550241	21/01/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	X	0	31	$1,000,000	0.14500	$145,000	$0	$0	Enero - 2023	62550241	21/01/2023	NO
230201	Proteccion (ING+ proteccion)	59	X	0	31	$1,000,000	0.18560	$185,600	$0	$0	Enero - 2023	62550241	21/01/2023	NO
14-11	Seguros de Vida sura S.A.	59	X	0	31	$1,000,000	0.02430	$24.300	$0	$0	Enero - 2023	62550241	21/01/2023	NO

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 30 de 2023
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. 51883879**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios del 1 al 20 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ -
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA: JanethRoa c.c. 51883879	SUB TOTAL	$ 1.459.401
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 1.459.401

Valor en Letras: un millon cuatrocientosy nueve cuatrcoientos uno

Dirección: Kra 24 de bis 24 47 sur
Teléfono: 3115374194
janethroa@live.com

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
2023-01	2023-01	08338541	9445936012	I	2023/02/17	2023/01/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tce	tae	tde	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
1	CC	51883879 ROA LIDIA								X											25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	$0	No	$336,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700

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
2023-01	2023-01	08338541	9445936012	I	2023/02/17	2023/01/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

CUENTA DE COBRO N° 1

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, D.C. Enero 31 de 2023

DEBE A:

Yennifer Yeraldine Corredor Abril	**C.C. 1.000.002.456**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de auxiliar de enfermeria del 23 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"	
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 588.266
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA:

C.C. 1.000.002.456

SUB TOTAL	$	588.266
DESCUENTOS		
TOTAL	$	588.266

Valor en Letras: Quinientos ochenta y ocho mil doscientos sesenta y seis pesos m/cte

Dirección: carrera 2A 12 69
Teléfono: 3144833137
EMAIL: geralcorredor56@gmail.com

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-06, 08:50:53 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1051936582

Periodo Cotización: enero de 2023 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8837253500

PAGADO 06/02/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENNIFER YERALDINE CORREDOR ABRIL		
Documento	CC1000002456	**Dirección**	CR 2A #12 - 69
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144833137
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1000002456	YENNIFER YERALDINE CORREDOR ABRIL	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 145.000	2,436	$ 1.160.000	$ 28.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900	$ 0	$ 358.900

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. enero 31 de 2023
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 1 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	2,206.000

FIRMA: Rodriguez Yulieth	SUB TOTAL	$ 2.206.000
C.C.1.030.578.288	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

Valor en Letras: dos millones docientos seis mil pesos m/cte

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	YULIETH MARITZA RODRIGUEZ MONROY
IDENTIFICACION:	CC-1030578288
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-02-02
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-02-21
FECHA DE PAGO:	2023-02-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERIODO PENSION:	2023-01
PERIODO SALUD:	2023-01
NUMERO PLANILLA:	8622899010
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8616560190
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 145.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 185.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.300	$ 28.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900	$ 358.900

CUENTA DE COBRO Nº 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Educador Fisico del 1 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

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

NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.	$ 3.911.000
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
C.C. 79661076	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letras: tres millones novecientos oncemil pesos

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
2023-01	2023-01	I	03/02/2023	65226162	$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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-01	2023-01	I	03/02/2023	65226162	$454.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	79661076	FORERO QUEVEDO JIMMY ARMANDO	59	0			N																	230201	1.564.400	250.400	0	0	0	0	EPS008	1.564.400	195.600	14-11	1.564.400	1	8.200		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 Enero 31 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 JEFE del 01 al 31 de Enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" +A10 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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	KR 36 No 30 60	3102617111	3102617111

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	SOACHA

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
1	2023	1	2023	I	06 02 2023	64934861	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 80734512	VARELA ACOSTA IVAN	59	0			No	754	25																30	30	30	EPS017	$1,564,400	12.50%	$195,600	230201	$1,564,400	16.00%	$250,400	$0
																															$195,600				$250,400	$0

PAGADO

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 80734512	VARELA ACOSTA IVAN	$0	14-11	$1,564,400	2.44%	3	$38,200
			$0					$38,200

PAGADO

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	
NIT:	**860.007.314-1**	Bogotá
Tel:	**9 262083**	Enero 31 de 2022
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
FONOAUDIOLOGA del 1 al 31 de Enero 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:		
Xiomara Buitrago cc 1012393542	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

Direccion: Carrera 83 # 64 19 sur

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
2023-01	2023-01	25221009	I	2023-02-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	25221009	2023-02-09	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
2023-01	2023-01	25221009	I	2023-02-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	25221009		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

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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-01	2023-01	25221009	I	2023-02-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	25221009		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° 5

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 Enero 31 de 2022

DEBE A:

EDNA ROCIO PATIÑO RODRIGUEZ	**CC 1022344690**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
FONOAUDIOLOGA del 1 al 31 de Enero 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: Carrera 85 B # 64 36 sur

Teléfono: 3115224641

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	2023-02-01, 07:06:13 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2023
Empresa	EDNA ROCIO PATINO RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022344690
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1052256059
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1894932615
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 Intéreses 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

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fonoaudiologa del 1 al 31 de Enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 3.911.000

FIRMA: Ibeth Serrano P c.c. 52530989.	SUB TOTAL	$ 3.911.000
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-03, 09:43:21 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1052255882

Periodo Cotización: enero de 2023 Periodo Servicio: enero de 2023 Referencia pago (PIN): 8838362100

PAGADA 02/02/2023

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	UNICA
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52530989	IBETH MILENA SERRANOPUENTES	59	0																	0	30	30	30	0	PORVENIR	$1.564.400	$250.400	FAMISANAR EPS	$1.564.400	$195.600	0.00522	$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 Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades licencias,saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.564.400	$1.564.400	$1.564.400	$0	$250.400	$195.600	$8.200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$454.200	$0	$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! 1

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2023-02-01, 06:55:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: enero de 2023 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8838362100

Fecha limite de pago: 2023-02-21

GUARDADA 04/01/2023

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	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	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

15

Periodo cotización salud

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

Centro de Servicios Cafam - Supermecados Colsubsidio

8888383621000000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8838362100(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: 4/72 - Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi – Grupo Éxito / App: Móvil Colpatria - MOVii / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Gestion Ambiental** del 3 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el 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).	$ 2.101.533

FIRMA:	**SUB TOTAL**	**$ 2.101.533**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 2.101.533**

Valor en Letras: Dos millones ciento un mil quinientos treinta y tres

Dirección: calle 29C sur No. 2 i 30
Teléfono: 310097271
EMAIL: alejo.19982009@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS	CR 39C sur No 2 130	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-01	2023-01	I	02/02/2023	65234988	TOTAL A PAGAR	
					$336.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

NANCY CAROLINA VANEGAS LÓPEZ	**CC.52908250**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **NUTRICIONISTA** del 1 al 30 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

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

$ 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: Carolina Vanegas L.

C.C.52908250

SUB TOTAL	**$ 3.911.000**
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 2023-01-23, 06:37:37 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1051520959

Periodo Cotización 202212 **Periodo Servicio** 202212

Cliente:

PAGADA 2023-01-23 EN HORARIO EXTENDIDO

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	Aport 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

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

¡El Poder de lo SIMPLE

CUENTA DE COBRO N° 5

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 Enero 31 de 2022

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de PSICOLOGA del 1 al 31 de Enero 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: DIANA PAOLA ALARCON OLAYA 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

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	10084296	9445047075	I	2023/02/17	2023/02/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$485,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$1,564,408	$31,300			$1,564,408	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$1,564,408	$31,300			$1,564,408	$8,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$1,564,408	$31,300			$1,564,408	$8,200		$0	$0
1	CC	52193879	ALARCON DIANA	25-14	30	$1,564,408	$250,400	EPS008	30	$1,564,408	$195,600	CCF24	30	$1,564,408	$31,300	14-11	30	$1,564,408	$8,200	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,564,408	$250,400			$1,564,408	$195,600			$1,564,408	$31,300			$1,564,408	$8,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52193879		ALARCON OLAYA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152 B 55 45 AP 302 t 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142108	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	10084296	9445047075	I	2023/02/17	2023/02/02	BANCO DE OCCIDENTE	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° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Leidy Viviana Garcia Ortiz	**C.C. 53.155.574**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de TrabajadoraSocial del 1 al 31 de Enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"

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

$ 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**
	DESCUENTOS	0,00
c.c. 53155574	**TOTAL**	**$ 3.911.000**

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53155574	LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	CRA 2 # 40 A 14 SUR	5906878	leidy.garciao2.sei@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-01	2023-01	I	02/02/2023	64904399	$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

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
2023-01	2023-01	I	02/02/2023	64904399	$454.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	53155574	GARCIA ORTIZ LEIDY VIVIANA	59	0			N																	230301	1.564.400	250.400	0	0	0	0	EPS008	1.564.400	195.600	14-11	1.564.400	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fisioterapeuta del 2 al 31 de Enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 3.780.633

FIRMA: Adriana M. Bernal.	**SUB TOTAL**	**$ 3.780.633**
c.c. 52.147.817	**DESCUENTOS**	0,00
	TOTAL	**$ 3.780.633**

Valor en Letras: tres millones setescientos ochenta mil seiscientos treinta y tres pesos m/cte

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-02-02, 07:12:52 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2023
Empresa	ADRIANA MARCELA BERNAL TORO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52147817
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1052302031
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1897422702
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 463.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 250.400	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$ 195.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 9.400	$ 0
		SubTotales:		$ 463.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 463.600

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!

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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
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 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 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		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	03/02/2023	85209367	$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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-01	2023-01	I	03/02/2023	65209367	$481.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Encargado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023959866	GOMEZ GALINDO LAURA CAMILA	59	0			N																	25-14	1.552.000	248.400	0	0	0	0	EPS008	1.552.000	194.000	14-11	1.552.000	1	8.200	CCF24	1.552.000	31.100	0	0	0	0	0

PAGADA

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	
NIT:	**860.007.314-1**	Bogotá, D.C.
Tel:	**9 262083**	Enero 31 de 2023
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

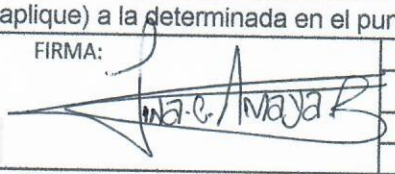
DEBE A:

Lina Constanza Amaya Barrera	**C.C. 1.031.139.889**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de fisioterapeuta del 1 al 31 de enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"	
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 2.607.333
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	$ 2.607.333
C.C.1.031.139,889	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.607.333

Valor en Letras: Dos millones doscientos seiscientos siete mil trescientos treinta y tres pesos m/cte

Dirección: calle 48BIS SUR 22 F 11
Teléfono: 3138734173
EMAIL: lina.amba92@gmail.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031139889
NOMBRE Ó 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:	4483517859	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/02/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993162351

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									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	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**

CUENTA DE COBRO N° 3

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Enero 31 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de Terapeuta Ocupacional del 1 al 31 de Enero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	3.911.000

FIRMA:	**SUB TOTAL**	$ **3.911.000**
C.C. 52.029.829	**DESCUENTOS**	0,00
	TOTAL	$ **3.911.000**

Valor en Letras: Tres millones novecientos once mil pesos

Dirección: Av. Calle 24 # 85 B 09
Teléfono: 3115148693
EMAIL: yoliby@gmail.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52029829		BOHORQUEZ YEPEZ YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av. calle 24 85 B 09 Torre 2 Apt. 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9389966	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1890204086	94459043 66	I	2023/02/08	2023/01/31	BANCOLOMBIA	0	$454,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,400	$250,400			$1,564,400	$195,600			$0	$0			$1,564,400	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,400	$250,400			$1,564,400	$195,600			$0	$0			$1,564,400	$8,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,564,400	$250,400			$1,564,400	$195,600			$0	$0			$1,564,400	$8,200		$0	$0
1	CC 52029829	BOHORQUEZ YOLANDA	230201	30	$1,564,400	$250,400	EPS008	30	$1,564,400	$195,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,564,400	$8,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,564,400	$250,400			$1,564,400	$195,600			$0	$0			$1,564,400	$8,200		$0	$0

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: SIERVAS DE CRISTO SAC
NIT: 860007314
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: NOMINAHCSENERO2023
Secuencia: H
Número de cuenta a debitar: 10304188087

Fecha: 31-01-2023 **Hora:** 15:01:34
Fecha de Generación: 31-01-2023

Fecha de envío del pago: 31-01-2023
Fecha para Procesar el pago: 31-01-2023

Impreso por: 20611860

Total Registros del Lote: 5	**Registros Procesados:** 5	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $5,663,885.00	**Valor Registros Procesados:** $5,663,885.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
66700024874	Ahorros	51859410	CLEMENTINA MOLINA	958,793.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
04831876331	Ahorros	52654171	SANDRA ESPERANZA	887,646.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
15442642688	Ahorros	79871708	CARLOS YAIR MONTES	1,234,394.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
09442565080	Ahorros	52290377	DORA MARIA CASTRO	1,375,246.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
91246427912	Ahorros	1023024025	JESSICA PIÑEROS NI	1,207,806.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023

CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE

HOGAR CLARITA SANTOS

NIT. 860.007.314-1

NOMINA PARA EL PAGO DE SUELDOS PROYECTO AVANZAR

DEL 01 AL 31 DE ENERO DE 2023

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	SUELDO	DIAS TRAB	SUELDO BASICO	AUX DE TRANSP	H.EXT Y FESTIV	TOTAL DEVENG	SALUD	PENSION	DESCUENTOS	TOTAL DEDUCIDO	NETO A PAGAR	FIRMA
79.871.708	CARLOS YAIER MONTES VILLAMIL	1.321.000	27	1.188.900	140.606	-	1.329.506	47.556	47.556		95.112	1.234.394	
52.290.377	DORA MARIA CASTRO RODRIGUEZ	1.342.000	30	1.342.000	140.606		1.482.606	53.680	53.680		107.360	1.375.246	Dora castro
51.859.410	CLEMENTINA MOLINA VARGAS	1.160.000	23	889.333	140.606	-	1.029.939	35.573	35.573		71.147	958.793	
1.023.024.025	JESSICA GERALDINE PIÑEROS NIETO	1.160.000	30	1.160.000	140.606	-	1.300.606	46.400	46.400		92.800	1.207.806	Jessica piñeros
52.654.171	SANDRA ESPERANZA RIVERA GARCIA	1.160.000	21	812.000	140.606	-	952.606	32.480	32.480		64.960	887.646	Sandra Rivera
	TOTAL			5.392.233	703.030	-	6.095.263	215.689	215.689	-	431.379	5.663.885	

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

IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	PROFESION	ASIGANCION MENSUAL	DIAS TRABAJOS	HONORARIOS	RETEICA	VALOR A PAGAR	FIRMA
300.748	APOLINARIA CLEMENTE CHILO	COORDINADORA	4.563.000	30	4.563.000	-	4.563.000	
52.193.879	DIANA PAOLA ALARCON OLAYA	PSICÓLOGA	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
53.155.574	LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	TRABAJADORA SOCIAL	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
52.029.829	YOLANDA BOHORQUEZ YEPES	TERAPEUTA OCUPACIONAL	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
1.023.959.866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
52.147.817	ADRIANA MARCELA BERNAL TORO	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	29	3.780.633	28.960	3.751.674	
1.031.139.889	LINA CONSTANZA AMAYA BARRERA	TERAPEUTA FISICO	3.911.000	20	2.607.333	19.972	2.587.361	
79.661.076	JIMMY ARMANDO FORERO QUEVEDO	EDUCADOR FISICO	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
80.734.512	IVAN VARELA ACOSTA	ENFERMERO PROFESIONAL	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
52.908.250	NANCY CAROLINA VANEGAS LOPEZ	NUTRICIONISTA	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
1.022.344.690	EDNA ROCIO PATIÑO RODRIGUEZ	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
1.012.393.542	BRENA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
52.530.989	IBETH MILENA SERRANO PUENTES	FONOAUDIOLOGA	3.911.000	30	3.911.000	29.958	3.881.042	
52.409.735	MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ	AUXILIAR ADMNISTRATIVO	2.174.000	30	2.174.000	16.653	2.157.347	
1.023.970.663	ALEJANDRO CASTELANOS CAMPOS	TÉCNICO AMBIENTAL	2.174.000	29	2.101.533	16.098	2.085.436	
80.779.094	CARLOS ANDRES CALDERON ABRIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	30	2.206.000	16.898	2.189.102	
51.883.879	LIDIA JANETH ROA URBANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	20	1.470.667	11.265	1.459.401	
1.000.002.456	YENIFER YERALDINE CORREDOR ABRIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	8	588.267	4.506	583.761	
1.030.578.288	YULIETH MARITZA RODRUIGUEZ MONROY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	30	2.206.000	16.898	2.189.102	
1.007.153.069	JOHAN SEBASTIAN GAITAN OSORIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	30	2.206.000	16.898	2.189.102	
1.072.925.920	BRIAN STEVEN MONTAÑO CAMACHO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.206.000	27	1.985.400	15.208	1.970.192	

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: SIERVAS DE CRISTO SAC
NIT: 860007314
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: HCSPRESTASERVENE23
Secuencia: G
Número de cuenta a debitar: 10304188087

Fecha: 01-02-2023 **Hora:** 11:18:22
Fecha de Generación: 01-02-2023

Fecha de envío del pago: 31-01-2023
Fecha para Procesar el pago: 31-01-2023

Impreso por: 20611860

Total Registros del Lote: 20	**Registros Procesados:** 20	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $59,972,898.00	**Valor Registros Procesados:** $59,972,898.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000024107382623	Ahorros	52193879	DIANA PAOLA ALARCO	3,881,042.00	BANCO CAJA SOCIAL	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00000000545820016	Ahorros	53155574	LEIDY VIVIANA GARC	3,881,042.00	BANCO AV VILLAS	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00000004622037482	Ahorros	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ	3,881,042.00	SCOTIABANK COLPATRIA S.A	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00550007100867535	Ahorros	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	3,881,042.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00000540600052943	Ahorros	52908250	NANCY CAROLINA VAN	3,881,042.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00570007070332403	Ahorros	1022344690	EDNA ROCIO PATIÑO	3,881,042.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00550488428901216	Ahorros	52530989	IBETH PUENTES	3,881,042.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00550488405541001	Ahorros	1012393542	BRENDA XIOMARA BU	3,881,042.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00550488415015699	Ahorros	1072925920	BRIAN STEVEN MONTA	1,970,192.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00550488408726096	Ahorros	1000002456	YENNIFER YERALDINE	583,761.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00000024071174738	Ahorros	51883879	LIDIA JANETH ROA U	1,459,401.00	BANCO CAJA SOCIAL	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
00000000980021463	Ahorros	1023970663	ALEJANDRO CASTELLA	2,085,436.00	CONFIAR	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	31-01-2023
10342639815	Ahorros	52029829	YOLANDA BOHORQUEZ	3,881,042.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
67341326564	Ahorros	52147817	ADRIANA MARCELA BE	3,751,674.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
03042593531	Ahorros	1031139889	LINA CONSTANZA AMA	2,587,361.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
10342672081	Ahorros	79661076	JIMMY ARMANDO FORE	3,881,042.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
19800004589	Ahorros	52409735	MAGDA SUSANA RAMOS	2,157,347.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
33738232785	Ahorros	80779094	CARLOS ANDRES CALD	2,189,102.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
21388215809	Ahorros	1030578288	YULIETH MARITZA RO	2,189,102.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023
67300048827	Ahorros	1007153069	JOHAN SEBASTIAN GA	2,189,102.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	31-01-2023