CUENTA DE COBRO N° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C.Febrero 28 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 28 de febrero 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 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: 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

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52409735
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 103B 152C 64 APTO 205	TELÉFONO:	3279797
TIPO APORTANTE:	92-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

NÚMERO PLANILLA:			7868347092	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1936279618

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD							ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	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 52409735	RAMOS RAMIREZ MAGDA SUSANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	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

TOTAL	$ 336.700

CUENTA DE COBRO N° 4

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá, D.C. Febrero 28 de 2023

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 28 de febrero 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 millondes doscientos seis mil pesos m/cte

Dirección: carrera 10 80 20 sur
Teléfono: 3105798545
EMAIL: carlosandres.caca59@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80779094		CALDERON ABRIL CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 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
2023-02	2023-02	1937973329	94473605O7	1	2023/03/23	2023/02/27	BANCOLOMBIA	0	$336,700

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
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	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

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	$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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$0**	**$0**	**$336,700**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80779094		CALDERON ABRIL CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 10 este # 80-20 sur bis a 4c	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
2023-02	2023-02	1927973329	9447368507	I	2023/03/23	2023/01/27	BANCOLOMBIA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$0**	**$0**	**$336,700**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80779094		CALDERON ABRIL CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 10 este # 80-20 sur Dig 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
2023-02	2023-02	1937973329	9447368507	1	2023/03/23	2023/02/27	BANCOLOMBIA	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
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	$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

CUENTA DE COBRO No 1

SEÑORES: SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS NIT: 860.007.314 - 1 TELÉFONO: 9 262083 DIRECCIÓN CARRERA 8 No 1 F - 13 BARRIO LAS CRUCES	BOGOTÁ DC Febrero 28 de 2023
DEBE A:	
Yennifer Yeraldine Corredor Abril	Cc. 1.000.002.456
DETALLE	
POR CONCEPTO DE: Honorarios de auxiliar de enfermería del 1 al 16 de febrero de 2023, para el convenio número 7693 del 2022, celebrado con la Secretaría 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 el 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 del 2016 (modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 del 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 del 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales de claro que: No he contratado vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término 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 del 2016. De conformidad con el parágrafo 3 del artículo 383 del estatuto tributario NO autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4%, según aplique) No estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación SIMPLE No soy responsable de IVA No autorizo que se aplique una tarifa retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4%, según aplique) a la determinada en punto anterior (depuración)	$1,176,528

FIRMA  C.C. 1.000.002.456	SUBTOTAL	$1,176,528
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$1,176,528

Valor en Letras: Un millon ciento setenta y seis mil quinientos veinti ocho pesos m/cte

Dirección: Carrera 2a 12 69
Teléfono: 3144833137
Email: geralcorredor56@gmail.com

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-28, 11:52:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052631881

Periodo Cotización: febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8854065170

PAGADO 28/02/2023

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**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
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° 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 Febrero 28 2023

DEBE A:

MADE LEINE VALENZUELA OSORIO	**C.C. 26492888**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de Auxiiliar de Enfermeria del 22 al 28 de febrero 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).	661800

FIRMA: c.c. 26492888	**SUB TOTAL**	$ -
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 661.800

Valor en Letr Tres millones novecientos once mil

Dirección: Calle 35 -34 72
Teléfono: 3503373809
EMAIL: valenzuelaosorio04@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26492888	MADE LEINE VALENZUELA OSORIO	clle 35 n 34 72	3503373809	valenzuelaosorio04@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	02/03/2023	65733932	$336.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	26492888	VALENZUELA OSORIO MADE LEINE	59	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26492888	MADE LEINE VALENZUELA OSORIO	clle 35 n 34 72	3503373809	valenzuelaosorio04@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
2023-02	2023-02	I	02/03/2023	65733932	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

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

Fechay Hora de Impresión:03/01/2023 11:23:05 a. m.

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Leidy Julieth Jimenez Carvajal	**C.C. 1.233.890.025**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 28 de febrero 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:	$ 2.206.000
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos.	
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.	
De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique)	
NO estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE.	
NO soy responsable de IVA.	
NO autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 2.206.000
C.C. 1.233.890.025 Leidy Jimenez	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

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

Dirección: carrera 118 138 03
Teléfono: 3226803982
EMAIL: leju0413@gmail.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL
No. Identificación: CC1233890025
Dirección: ALTO MINAS
Telefono: 3226803992
Correo: TRAMITES.LUZMY@GMAIL.COM
Ciudad: SAN FRANCISCO
Número de Planilla: 8365567795

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL
Tipo y número de identificación	CC1233890025
Número de planilla	8365567795
Fecha pago	2023-02-15
Número de autorización pago	13693033
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28300	1
231001	Colfondos	185600	1
EPS008	Compensar EPS	145000	1

8365567795

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1233890025
APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDY JULIETH JIMENEZ CARVAJAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	0

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

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

Johan Sebastian Gaitan Osorio	**C.C. 1.007.153.069**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de auxiliar de enfermeria del 1 al 28 de febrero 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 Sebastian Gaitan	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

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

Dirección: carrera 81 H 43 A 76 Sur
Teléfono: 3144914987
EMAIL: johan.88jt@hotmail.com

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2023-02	2023-02	1947854799	9447075766	I	2023/03/15	2023/03/02	BANCO AV VILLAS	0	$342,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$12,200		$0	$0		$342,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,160,000**	**$185,600**			$1,160,000	$145,000			$0	$0			**$1,160,000**		$12,200		$0	$0		**$342,800**
Ciudad: NOCAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					**$1,160,000**	**$185,600**			$1,160,000	$145,000			$0	$0			**$1,160,000**		$12,200		$0	$0		**$342,800**
1	CC	1007153069	GAITAN JOHAN																230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	0	$0	$0	No	$342,800
Total	**Afiliados(1)**																				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$12,200		$0	$0		$342,800

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
2023-02	2023-02	1947854799	9447075766	I	2023/03/15	2023/03/02	BANCO AV VILLAS	0	$342,800

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	$12,200	$0	$0	$12,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$12,200	$0	$0	$12,200
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	$342,800	$0	$0	$342,800

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Febrero 28 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 deauxiliar de enfermeria del 1 al 28 de febrero 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. 1.072.925.920	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 2.206.000

Valor en Letras: Dos millones doscientos seis mil 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 02 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59		X													0		28	$1,000,000	0.04230	$42,300	$0	$0	Febrero - 2023	62550242	02/03/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59		X													0		28	$1,000,000	0.14500	$145,000	$0	$0	Febrero - 2023	62550242	02/03/2023	NO
230201	Proteccion (ING+ proteccion)	59		X													0		28	$1,000,000	0.18560	$185,600	$0	$0	Febrero - 2023	62550242	02/03/2023	NO
14-11	Seguros de Vida sura S.A.	59		X													0		28	$1,000,000	0.02430	$24.300	$0	$0	Febrero - 2023	62550242	02/03/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **02** días del mes **Marzo** de **2023**

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

CUENTA DE COBRO N° 5

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28 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 28 de febrero 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 / UPC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	28/02/2023	65845497	$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	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
2023-02	2023-02	I	28/02/2023	65845497	$454.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estrangero	Colom. exterior	Excenerado	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

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de ENFERMERO JEFE del 01 al 28 de Febrero 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. Ivan Varela Acosta	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letras: Tres millones novecientos once mil pesos

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	KR 36 No 30 60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	02/03/2023	65983807	$452.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	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	890903790-6	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	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
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	452.800	452.800

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA		KR 36 No 30 60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	02/03/2023	65983807	$452.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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	80734512	VARELA ACOSTA IVAN	59	0			N																	230201	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS017	1.560.000	195.000	14-11	1.560.000	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28/2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO	**CC. 1023959866**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **FISIOTERAPEUTA** del 1 al 28 de febrero 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:  C.C.1023959866	**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 6 ESTE # 13 - 50 SUR
Teléfono: 3138459979
EMAIL: laura.gomez071214@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO		Cra6 este 13 50 sur	2890431	laura.gomez071214@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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
2023-02	2023-02	I	23/02/2023	65785591	$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

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.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	23/02/2023	65785591	$481.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Pensión Alto Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
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

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Fisioterapeuta del 1 al 28 de Febrero 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: Adriana M. Bernal.
C.C. 52147817

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

Valor en Letras: tres millones novecientos once mil pesos

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



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	2023-03-01, 07:03:28 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2023
Empresa	ADRIANA MARCELA BERNAL TORO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52147817
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1052955076
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1943553095
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 463.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 250.400	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$ 195.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 6.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 9.400	$ 0
		SubTotales:		$ 463.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 463.600

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, D.C. Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de fisioterapeuta del 1 al 28 de febrero 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).	$ 3.911.000

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 3.911.000
C.C. 1.031.139.889	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.911.000

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

Dirección: Calle 48 BIS SUR 22F 11 Bloque 16 Apto 201
Teléfono: 3138734173
EMAIL: lina.fisio@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:			4484198021	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/02/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9993372820

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																					
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																	
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1031139889	AMAYA BARRERA LINA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.564.400				NO																	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	$ 103113888	$ 8.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 454.200**

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá febrero 28 de 2023

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de fonoaudióloga del 1 al 28 de febrero de 2023, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de retención en la fuente superior	$ 3.911.000

FIRMA: c.c. 1022344690	**SUB TOTAL**	**$ 3.911.000**
	DESCUENTOS	
	TOTAL	**$ 3.911.000**

Valor en Letras Tres millones novecientos once mil

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

Transacción Aprobada

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



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-02-26, 08:29:24 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2023
Empresa	EDNA ROCIO PATINO RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022344690
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1052890301
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1938056139
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 454.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

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

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores: SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS **NIT:** 860.007.314-1 **Tel:** 9 262083 **Dirección** Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces	Bogotá Febrero 28 2023
DEBE A:	
Brenda Xiomara Buitrago Hernández	**C.C.** **1012393542**
DETALLE	
POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de fonoaudióloga del 1 al 28 de febrero 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: Xiomara Buitrago C.C. 1012393542	**SUB TOTAL**	$ -
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.911.000

Valor en Letr: Tres millones novecientos once mil

Dirección: Carrera 83#64-19 sur
Teléfono: 3016820484
EMAIL: xiomarabuitragoh@gmail.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-02	2023-02	25715599	I	2023-03-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	25715599	2023-03-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
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	1949101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-02	2023-02	25715599	I	2023-03-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	454.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	25715599		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° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28 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 28 de Febrero 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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-28, 01:54:17 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1052268901

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

PAGADA 28/02/2023

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 D.C.	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	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 Mineducación	Total
CC 52530989	IBETH MILENA SERRANO PUENTES	59	0																		0	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

CUENTA DE COBRO N° 2

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá, Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Gestion Ambiental** del 1 al 28 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).	$ 2.174.000

FIRMA:	**SUB TOTAL**	**$ 2.174.000**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 2.174.000**

Valor en Letras: Dos millones ciento setenta y cuatro mil pesos

Dirección: calle 29C sur No. 2 i 30

Teléfono: 3103097271

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS		Cll 39C sur No 2 I 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

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

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

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28/2023
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 28 de febrero 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).	$	3.911.000

FIRMA:	**SUB TOTAL**	$	**3.911.000**
	DESCUENTOS		
C.C.52908250	**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 2023-02-27, 09:24:40 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1052056561

Periodo Cotización 202301 **Periodo Servicio** 202301

Cliente:

PAGADA 2023-02-27

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY CAROLINA VANEGAS LOPEZ				
Documento	CC 52908250	**Dirección**	CR 52A #24 - 69 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3023427132		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52908250		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					VANEGAS LOPEZ NANCY CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0		30	30	30	0			$ 1.564.400	230201		16 %	$ 1.564.400	$ 250.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.564.400	$ 195.600	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.564.400	$ 8.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

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

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° 6

Señores: SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS **NIT:** 860.007.314-1 **Tel:** 9 262083 **Dirección:** Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces	Bogotá Febrero 28 2023

DEBE A:

DIANA PAOLA ALARCON OLAYA	**CC.52193879**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de PSICOLOGA del 1 al 28 de febrero 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 dias, 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: C.C.52193879	**SUB TOTAL**	$ 3.911.000
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.911.000

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

Dirección: CALLE 152 B 55 45
Teléfono: 3203308444

EMAIL: dinalalarcc@gmail.com

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
2023-02	2023-02	08390558	9447426308	I	2023/03/17	2023/02/27	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

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
2023-02	2023-02	08390558	9447426308	I	2023/03/17	2023/02/27	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° 4

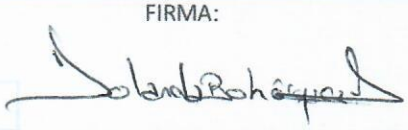
Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Febrero 28 de 2023
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de Terapeuta Ocupacional del 1 al 28 de Febrero 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**
c.c. 52029829	**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
2023-02	2023-02	1940004723	9447350391	I	2023/03/08	2023/02/28	BANCOLOMBIA	0	$454,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

CUENTA DE COBRO N° 6

Señores: **SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS** **NIT:** **860.007.314-1** **Tel:** **9 262083** **Dirección:** **Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	Bogotá Febrero 28 2023
DEBE A:	
LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ	**CC.53155574**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **TRABAJADORA SOCIAL** del 1 al 28 de febrero 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).

$ 3.911.000

FIRMA:	**SUB TOTAL**	$ 3.911.000
C.C.53155574	**DESCUENTOS**	
	TOTAL	$ 3.911.000

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

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ
No. Identificación: CC53155574
Dirección: CRA 2 # 40 A 14 SUR
Telefono: 5906878
Correo: leidy.garciao2.sei@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8365628912

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ
Tipo y número de identificación	CC53155574
Número de planilla	8365628912
Fecha pago	2023-03-02
Número de autorización pago	17994908
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	454200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	8200	1
230301	Porvenir	250400	1
EPS008	Compensar EPS	195600	1

8365628912

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53155574
APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDY VIVIANA GARCIA ORTIZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1564400	1564400	1564400	0	195600	0	250400	0	8200	0

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	Siervas de cristo sacerdote	**Nit:**	860007314
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2023
Sucursal o Dependencia:	HOGAR CLARITA SANTOS	**Periodo liquidación Salud:**	Marzo 2023
Número de radicación:	65954795	**Total a pagar:**	$2,910,300
Fecha de vencimiento:	03/03/2023	**Total de empleados:**	8
Fecha de pago:	02/03/2023	**Número de administradoras:**	14

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	1948016207
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	8		$0.00	$40,400
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	2		$0.00	$400,400
230301	800224808	Porvenir	2		$0.00	$185,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	4		$0.00	$638,300
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	8		$0.00	$306,200
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0.00	$72,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	2		$0.00	$312,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$165,200
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0.00	$43,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$72,500
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		$0.00	$145,000
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0.00	$145,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	8		$0.00	$229,700
PASENA	899999034	SENA	8		$0.00	$153,200
						$2,910,300

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: MYRIAM LIBREROS PAVA

Nro. de recibo: 65954795

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.60.251.81

Concepto: NIT

Razón Social: 860007314

Fecha y hora de la transacción: Jueves 2 de Marzo de 2023 04:01:20 PM

Nro. de comprobante: 0000094541

Valor pagado: $ 2,910,300.00

Cuenta: *******8087

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

compensar | miplanilla.com

PLANIL INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION E APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	7435367	economatscs18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	HOGAR CLARITA	11	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-02	E		65954795	$2.910.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	72.500	0		0		0	0	0	0	72.500	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	312.800	0		0		0	0	0	0	312.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	165.200	0		0		0	0	0	0	165.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	43.500	0		0		0	0	0	0	43.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	72.500	0		0		0	0	0	0	72.500	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	400.400	0	0	0	0	0	0		400.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	638.300	0	0	0	0	0	0		638.300	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.400				40.400	0	0	40.400			404	40.400	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	306.200	0	0	306.200	8

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860007314-1	Siervas de cristo sacerdote	Calle 12 2 - 88	7435367	economatscs18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	HOGAR CLARITA	11	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-02	E		65954795	$2.910.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	51859410	MOLINA VARGAS CLEMENTINA	1	0			N	X																230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS017	580.000	72.500	14-11	580.000	1	3.100	CCF24	580.000	23.200	580.000	11.600	17.400	0	0
CC	52654171	RIVERA GARCIA SANDRA ESPERANZA	1	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
CC	74335510	MENDOZA OSCAR ARMANDO	1	0			N	X																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS041	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
CC	52290377	CASTRO RODRIGUEZ DORA MARIA	1	0			N																	230201	1.342.000	214.800	0	0	0	0	EPS002	1.342.000	167.800	14-11	1.342.000	1	7.100	CCF24	1.342.000	53.700	1.342.000	26.900	40.300	0	0
CC	79871708	MONTES VILLAMIL CARLOS YAIER	1	0			N																	25-14	1.321.000	211.400	0	0	0	0	EPS008	1.321.000	165.200	14-11	1.321.000	1	6.900	CCF24	1.321.000	52.900	1.321.000	26.500	39.700	0	0
CC	1023024025	PIÑEROS NIETO JESSICA GERALDINE	1	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	23.200	34.800	0	0
CC	1023866497	BOHORQUEZ CAMARGO MARTHA JANETH	1	0			N	X																230301	580.000	92.800	0	0	0	0	EPS001	580.000	72.500	14-11	580.000	1	3.100	CCF24	580.000	23.200	580.000	11.600	17.400	0	0
CC	52844067	ESPINOSA DAMARIS	1	0			N	X																25-14	348.000	55.700	0	0	0	0	EPS010	348.000	43.500	14-11	348.000	1	1.900	CCF24	348.000	14.000	348.000	7.000	10.500	0	0

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