CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

Brenda Xiomara Buitrago Hernàndez	**C.C. 1012393542**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **fonoaudiòloga** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"	
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 3.259.167
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: Xiomara Buitrago	SUB TOTAL	$ 3.259.167
c.c. 1012393542	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 3.259.167

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

Dirección: carrera 83 · 64-19 sur
Teléfono: 3016820484
EMAIL: xiomara.b_hotmail.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012393542	0	BRENDA XIOMARA BUITRAGO HERNANDEZ	I	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 83 64 19 SUR		3016820484			XIOMARA.B_@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-09	2022-09	24382131	I	2022-10-03	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	378.500	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24382131	2022-10-11	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1012393542	BUITRAGO HERNANDEZ BRENDA XIOMARA	1.564.400		X															0			25	25	0	25	PORVENIR-230301	1.303.667	208.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.303.667	163.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.303.667	6.900	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	378.500	N

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	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	UNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CARRERA 83 64 19 SUR		3016820484			XIOMARA.B_@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-09	2022-09	24382131	I	2022-10-03	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	378.500	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24382131		Pagada							

TOTALES IBC

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

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **técnico ambiental** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el parágrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto Tributario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.811.650

FIRMA: Cristian Prieto	SUB TOTAL	$ 1.811.650
c.c. 1072426869	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 1.811.650

Valor en Letras: Dos millones ciento setenta y cuatro mil

Dirección: Cajica Cundinamarca
Teléfono: 3192030135
EMAIL: prietorres2009@gmail.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072426869		PRIETO TORRES CRISTIAN EVELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda san nicolas sector el cruce	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1690129503	94380371 47	I	2022/09/15	2022/10/05	BANCO DAVIVIENDA	20	$315,200

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)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$1,000,000**	**$24,400**		**$0**	**$0**
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1072426869	PRIETO CRISTIAN	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS041	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$1,000,000**	**$24,400**		**$0**	**$0**

2022/10/05 09:39 AM

CUENTA DE COBRO Nº 1

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

DEBE A:

Diana Marcela Pardo Lòpez	**C.C. 52.860.832**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de Terapeuta Ocupacional del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 3.259.167

FIRMA: Diana Pardo	**SUB TOTAL**	**$ 3.259.167**
C.C. 52860832 Bta.	**DESCUENTOS**	0,00
	TOTAL	**$ 3.259.167**

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

Dirección: Diagonal 45 f Nº 13 f -22 sur
Teléfono: 3132710215
EMAIL: chanita8314@gmail.com

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

Señor(a): DIANA MARCELA PARDO LOPEZ
No. Identificación: CC52860832
Dirección: CL 49B SUR 79 10 INT 5 APT 402
Telefono: 7675224
Correo: nopile2@yahoo.com.ar
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8362256915

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA MARCELA PARDO LOPEZ
Tipo y número de identificación	CC52860832
Número de planilla	8362256915
Fecha pago	2022-10-04
Número de autorización pago	28417058
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2022
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2022
Número de Administradoras	3
Total Pagado	455700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8362256915

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	8200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	251200	1
EPS008	Compensar EPS	196300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52860832
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA MARCELA PARDO LOPEZ

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	25-14	1570000	1570000	1570000	0	196300	0	251200	0	8200	0

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

CUENTA DE COBRO Nº 1

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

DEBE A:

Diana Paola Alarcon Olaya	**C.C. 52193879**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de Psicologa del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 3.259.167
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. 52193879	**SUB TOTAL**	**$ 3.259.167**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 3.259.167**

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

Dirección: Calle 152bN 55-45
Teléfono: 3203308444
EMAIL: dinalarcc@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 52193879		ALARCON OLAYA DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152 B 55 45 AP 302 t 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8142108	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	27584567	9440879106	I	2022/10/20	2022/10/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$485,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,408	$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**

CUENTA DE COBRO N° 1

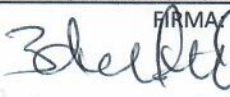
Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Septiembre 30 de 2022
NIT:	**860.007.314-1**	
Tel:	**9 262083**	
Dirección:	**Cra 8 No. 1F-13 Barrio las Cruces**	

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de **Fonoaudióloga** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	3.259.167

FIRMA: 	SUB TOTAL	$ 3.259.167
c.c. 1022344690	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	$ 3.259.167

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

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

Transacción Aprobada

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-10-02, 08:35:38 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2022
Empresa	EDNA ROCIO PATINO RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022344690
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1049229296
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1684566507
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 454.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

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

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

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CUENTA DE COBRO N° 1

Señores:	**SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE HOGAR CLARITA SANTOS**	Bogotá Septiembre 30 de 2022
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 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 3.259.167

FIRMA: Ibeth Milena Serrano	**SUB TOTAL**	**$ 3.259.167**
C.C. 52.530.989 Bta	**DESCUENTOS**	0,00
	TOTAL	**$ 3.259.167**

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

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

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2022-10-01, 12:19:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: septiembre de 2022 **Periodo Servicio:** septiembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8853981090

Fecha limite de pago: 2022-10-24

GUARDADA 01/10/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IBETH MILENA SERRANO PUENTES				
Documento	CC52530989	**Dirección**	CARRERA 64 2C 63		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115003813		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	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	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52530989	SERRANO PUENTES IBETH MILENA	59	00	R															0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.564.400	$ 250.400	FAMISANAR EPS	$ 1.564.400	$ 195.600	ARL SURA	$ 1.564.400	$ 8.200	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454.200

III.TOTALES

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

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
15

Periodo cotización salud

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

Centro de Servicios Cafam - Supermecados Colsubsidio

8888539810900000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8853981090(3900)0000000(96)20991231

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

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CUENTA DE COBRO Nº 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de ENFERMERO JEFE del 23 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.042.933

FIRMA: Ivan Varela A	SUB TOTAL	$	1.042.933
c.c. 80734512 Bogt	DESCUENTOS		
	TOTAL	$	1.042.933

Valor en Letras: um millon cuarenta y dos mil novesientos treinta y tres pesos

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	KR 36 No 30 60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-09	2022-09	I	07/10/2022	62339766	$400.700

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	161.500	0		0		0	2	400	0	161.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	206.800	0	0	0	0	2	400	0	207.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.500				31.500	2	100	31.600			315	31.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	161.500	161.900
Pensión	1	206.800	207.200
Riesgos Laborales	1	31.500	31.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	399.800	400.700

PAGADA

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

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA		KR 36 No 30 60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	07/10/2022	62339766	$400.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	80734512	VARELA ACOSTA IVAN	59	0		N									X									230201	1.291.956	206.800	0	0	0	0	EPS017	1.291.956	161.500	14-11	1.291.956	3	31.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO Nº 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de Educador Fisico del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	3.259.167

FIRMA:	**SUB TOTAL**	**$**	**3.259.167**
	DESCUENTOS		0,00
c.c. 79661076	**TOTAL**	**$**	**3.259.167**

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JIMMY ARMANDO FORERO QUEVEDO	**NIT:**	79661076
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2022
Número de Radicación:	8362152461	**Total a pagar:**	$454,200
Fecha de vencimiento:	04/10/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	03/10/2022	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	27969134
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$8,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$250,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$195,600
						$454,200

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

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

kimberly Campos Bonilla	**C.C. 1.073.711.175**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de Auxiliar de Enfermeria del 26 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"		
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$	367.666
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%,		

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 367.666
kimberly campos.		
c.c. 1.073.711.175	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 367.666

Valor en Letras: TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

CALLE 22 1 44 ESTE
3118385176
kimberlii12229@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073711175	KIMBERLI CAMPOS BONILLA		CARRERA 1 B este #24 B 10		Kiimberlii1229@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-09	2022-09	I	08/10/2022	59411700	TOTAL A PAGAR	
					$292.200	

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					
EPS041	EPS FAMISANAR	900156264-2	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	COLPENSIONES	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	ARL SURA	860011153-6	5.300				5.600	0	0	5.300			244	5.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.800
Pensión	1	160.100	161.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	157.700	292.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073711175	KIMBERLI CAMPOS BONILLA		CARRERA 1 B este #24 B 10		Kiimberlii1229@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	08/10/2022	59411700	292.200	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colisante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INO	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	1073711175	KIMBRLY CAMPOS BONILLA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS041	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **Fisioterapeuta** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 3.259.167
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: Laura Gomez c.c. 1023959866	SUB TOTAL	$ 3.259.167
	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.259.167

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

Dirección: crr 3 G Este # 13-50 sur
Teléfono: 3138459979
EMAIL: laura.gomez071214@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO	Cra6 este 13 50 sur	2890431	laura.gomez071214@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-09	2022-09	I	03/10/2022	62242481	TOTAL A PAGAR	
					$403.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023959866	LAURA CAMILA GOMEZ GALINDO	Cra6 este 13 50 sur	2890431	laura.gomez071214@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-09	2022-09	I	03/10/2022	62242481	$403.300

TALLE 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	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1023959866	GOMEZ GALINDO LAURA CAMILA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Trabajadora Social** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 3.259.167
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	$ 3.259.167
	DESCUENTOS	0,00
c.c. 53155574	TOTAL	$ 3.259.167

Valor en Letras: tres millones doscientos cincuenta y nueve mil ciento sesenta y siete pesos

Dirección: carrera 2 # 40 18 sur
Teléfono: 3155906878
EMAIL: lvivianagarcia@unimonserrate.edu.co

compensar | miplanilla.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: 8362089520

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	8362089520
Fecha pago	2022-10-04
Número de autorización pago	28222524
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2022
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2022
Número de Administradoras	3
Total Pagado	378500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 8362089520

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
230301	Porvenir	208600	1
EPS008	Compensar EPS	163000	1

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	1303667	1303667	1303667	0	163000	0	208600	0	6900	0

CUENTA DE COBRO N° 1

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

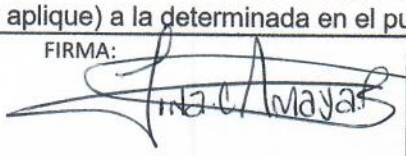
DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:

Honorarios de **Fisioterapeuta** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	3.259.167

FIRMA: 	SUB TOTAL	$	3.259.167
	DESCUENTOS		
c.c. 1031239889	TOTAL	$	3.259.167

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

Dirección: cll 48 Bis Sur #22 f - 11
Teléfono: 3138734173
EMAIL: lina.amba92@gmail.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52409735
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAG 2 B 82 30 INT 11 APTO 343	TELÉFONO:	3279797
TIPO APORTANTE:	59-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:	44660526656			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	septiembre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/10/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991594783

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 133.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 133.400	$ 0	$ 133.400
SUBTOTALES:										$ 133.400	$ 0	$ 133.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 104.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.200	$ 0	$ 0	$ 104.200
SUBTOTALES:													$ 104.200	$ 0	$ 0	$ 104.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.400	$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 4.400
SUBTOTALES:									$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 4.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 16.700	$ 0	$ 16.700
SUBTOTALES:			$ 16.700	$ 0	$ 16.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

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 Septiembre 30 de 2022
DEBE A:	
Magda Susana Ramos Ramirez	**C.C.** **52.409.735**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de Auxiliar Administrativa del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"		
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$	1.811.666
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%,		

FIRMA: oRamos.	SUB TOTAL	$	1.811.666
C.C. 52.409.735	DESCUENTOS		
	TOTAL	$	1.811.666

Valor en Letras: UN MILLON OCHOCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Carrera 103 B 152 C 64 Apto 205
3154510806
magsusara@hotmail.es

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52409735
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAGDA SUSANA RAMOS RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAG 2 B 82 30 INT 11 APTO 343	TELÉFONO:	3279797
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades auxiliares de las actividades d
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - EMILIANO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4466052656		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2022		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2022	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/10/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991584763

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	$ 133.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 133.400	$ 0	$ 133.4
SUBTOTALES:										**$ 133.400**	**$ 0**	**$ 133.4**

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	$ 104.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.200	$ 0	$ 0	$ 104.2
SUBTOTALES:													**$ 104.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 104.2**

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	$ 4.400	$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.4
SUBTOTALES:									**$ 4.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.4**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 16.700	$ 0	$ 16.7
SUBTOTALES:			**$ 16.700**	**$ 0**	**$ 16.7**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINED
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORT
1	CC 52409735	RAMOS RAMIREZ MAGDA SUSANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO	06																	230301-PORVENIR	25	$ 833.334	$ 133.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 133.400	EPS005-SANITAS S.A.	25	$ 833.334	$ 104.200	$ 0	$ 104.200	14-11 - ARL SURA	25	$ 833.334	52409735	$ 4.400	25	$ 833.334	CCF24-COMPENSAR	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 0	$

TOTAL	$ 258.70

Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO Nº 1

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

DEBE A:

MARIA CAMILA MORALES SALAMANCA	**C.C. 1020837011**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **1.303.666** del 6 al 16 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$ 1.303.666

FIRMA: María Camila c.c. 1020837011	**SUB TOTAL**	**$ 1.303.666**
	DESCUENTOS	0,00
	TOTAL	**$ 1.303.666**

Valor en Letras: UN MILLON TRECIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

Dirección: CL 38 A SUR 51 B 34
Teléfono: 3502411065
EMAIL: moralessalamancamariacamila@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	1020837011	MARIA CAMILA MORALES SALAMANCA	KR 53A 49A 10 SUR	3502411065	moralessalamancamariacamila@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	61727208	$311.500	

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	125.000	0		0		0	7	800	0	125.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	160.000	0	0	0	0	7	1.100	0	161.100	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	24.400				24.400	7	200	24.600			244	24.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.800
Pensión	1	160.000	161.100
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	311.500

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	1020837011	MARIA CAMILA MORALES SALAMANCA	KR 53A 49A 10 SUR	3502411065	moralessalamancamariacamila@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
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	61727208	$311.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1020837011	MORALES SALAMANCA MARIA CAMILA	59	0			N																	230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-7	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

NANCY CAROLINA VANEGAS LÓPEZ	**CC.52908250**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de **NUTRICIONISTA** del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"	
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 3.259.167
NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	

FIRMA: Carolina Vanegas L.	SUB TOTAL	$ 3.259.167
c.c.5290250	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 3.259.167

Valor en Letras: Tres millones doscientos cincuenta y nuevemil ciento secenta y seis

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-08-24, 02:45:56 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1048359227

Periodo Cotización 202208 **Periodo Servicio** 202208

Cliente:

PAGADA 2022-08-24

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 1.555.600	230201		16 %	$ 1.555.600	$ 248.900	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.555.600	$ 194.500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.555.600	$ 37.900	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	
$ 248.900	$ 0	$ 0	$ 194.500	$ 37.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 481.300

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° 1

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

DEBE A:

Nelcy Johana Triana Rivera	**C.C. 1.052.313.916**

DETALLE

POR CONCEPTO DE:	
Honorarios de Auxiliar de Enfermeria del 26 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos"	
Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:	$ 367.666
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%,	

FIRMA: Nelcy Johana Triana R.	SUB TOTAL	$ 367.666
c.c. 1.052.313.916	DESCUENTOS	
	TOTAL	$ 367.666

Valor en Letras: TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

CALLE 47 A 31 86 SUR
3124816221
hotriana4@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	1052313916	NELCY JOHANA TRIANA RIVERA	CALLE 167 A N 05A 04	4441234	JOTRIANA4@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	05/10/2022	62320614	$290.300	

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	830903790-5	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

PAGADA

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

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**	Septiembre 2022
Sucursal o Dependencia:	HOGAR CLARITA SANTOS	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2022
Número de radicación:	62322748	**Total a pagar:**	$4,372,700
Fecha de vencimiento:	05/10/2022	**Total de empleados:**	12
Fecha de pago:	05/10/2022	**Número de administradoras:**	12

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	1690982461
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	12		$0.00	$60,700
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	2		$0.00	$298,800
230301	800224808	Porvenir	5		$0.00	$782,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5		$0.00	$758,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	12		$0.00	$460,200
EPS002	800130907	Salud Total EPS	2		$0.00	$280,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	3		$0.00	$386,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	4		$0.00	$467,600
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	2		$0.00	$188,100
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0.00	$115,200
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	12		$0.00	$345,300
PASENA	899999034	SENA	12		$0.00	$230,400
						$4,372,700

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

»Ver planillas pagadas

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	Cra 8 # 1F - 05	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
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E		62322748	$4.372.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	280.000	0		0		0	0	0	0	280.000	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	386.000	0		0		0	0	0	0	386.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	467.600	0		0		0	0	0	0	467.600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	188.100	0		0		0	0	0	0	188.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	115.200	0		0		0	0	0	0	115.200	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	298.800	0	0	0	0	0	0		298.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	782.000	0	0	0	0	0	0		782.000	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	758.400	0	0	0	0	0	0		758.400	5

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	60.700				60.700	0	0	60.700			607	60.700	12

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	460.200	0	0	460.200	12

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	Cra 8 # 1F - 05	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
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E		62322748	$4.372.700	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
230.400	0	0	230.400	12
ICBF				
345.300	0	0	345.300	12
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.436.900	1.436.900
Pensión	3	1.839.200	1.839.200
Riesgos Laborales	1	60.700	60.700
CCF	1	460.200	460.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	345.300	345.300
MEN	0	0	0
SENA	1	230.400	230.400
TOTALES	12	4.372.700	4.372.700

PAGA 169098246

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		Cra 8 # 1F - 05	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
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E		62322748	$4.372.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1000932435	RIVEROS PUENTES MARTA CRISTINA	1	0			N	X																25-14	921.250	147.400	0	0	0	0	EPS037	921.250	115.200	14-11	921.250	1	4.900	CCF24	921.250	36.900	921.250	18.500	27.700	0	0
CC	1007268829	OSPINA REYES ANGIE CAMILA	1	0			N	X																230301	921.250	147.400	0	0	0	0	EPS008	921.250	115.200	14-11	921.250	1	4.900	CCF24	921.250	36.900	921.250	18.500	27.700	0	0
CC	1022389484	PEÑA SANCHEZ JENNIFER KATHERINE	1	0			N	X	X						X									230201	626.966	100.400	0	0	0	0	EPS005	626.966	78.400	14-11	626.966	1	3.300	CCF24	626.966	25.100	626.966	12.600	18.900	0	0
CC	1073711176	CAMPOS BONILLA KATHERINE	1	0			N	X							X									230301	451.523	72.300	0	0	0	0	EPS017	451.523	56.500	14-11	451.523	1	2.400	CCF24	451.523	18.100	451.523	9.100	13.600	0	0
CC	1117498062	MONTOYA BERMEO YEIMY PATRICIA	1	0			N	X	X						X									25-14	1.043.545	167.000	0	0	0	0	EPS008	1.043.545	130.500	14-11	1.043.545	1	5.500	CCF24	1.043.545	41.800	1.043.545	20.900	31.400	0	0
CC	51859410	MOLINA VARGAS CLEMENTINA	1	0			N								X									230301	1.052.750	168.500	0	0	0	0	EPS017	1.052.750	131.600	14-11	1.052.750	1	5.500	CCF24	1.052.750	42.200	1.052.750	21.100	31.600	0	0
CC	52275255	REBOLLEDO CAMACHO SUGENIS ELENA	1	0			N	X																230301	1.118.334	179.000	0	0	0	0	EPS005	1.118.334	139.800	14-11	1.118.334	1	5.900	CCF24	1.118.334	44.800	1.118.334	22.400	33.600	0	0
CC	52290377	CASTRO RODRIGUEZ DORA MARIA	1	0			N	X							X									230201	1.239.946	198.400	0	0	0	0	EPS002	1.239.946	155.000	14-11	1.239.946	1	6.500	CCF24	1.239.946	49.600	1.239.946	24.800	37.200	0	0
CC	52654171	RIVERA GARCIA SANDRA ESPERANZA	1	0			N																	25-14	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	1	5.300	CCF24	1.000.000	40.000	1.000.000	20.000	30.000	0	0
CC	52823726	RODRIGUEZ VARGAS CLAUDIA MARCELA	1	0			N	X	X						X									25-14	805.899	129.000	0	0	0	0	EPS008	805.899	100.800	14-11	805.899	1	4.300	CCF24	805.899	32.300	805.899	16.200	24.200	0	0
CC	53071292	TELLEZ TOTENA MARTHA CECILIA	1	0			N	X							X									230301	1.341.982	214.800	0	0	0	0	EPS005	1.341.982	167.800	14-11	1.341.982	1	7.100	CCF24	1.341.982	53.700	1.341.982	26.900	40.300	0	0
CC	79871708	MONTES VILLAMIL CARLOS YAIER	1	0			N	X																25-14	968.734	155.000	0	0	0	0	EPS008	968.734	121.100	14-11	968.734	1	5.100	CCF24	968.734	38.800	968.734	19.400	29.100	0	0

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

CUENTA DE COBRO N° 1

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

DEBE A:

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

DETALLE

POR CONCEPTO DE:		
Honorarios de fisioterapeuta del 6 al 30 de septiembre de 2022, para el convenio No. 7693 de 2022, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objeto es: "Aunar recursos técnicos, físicos, administrativos y financieros para brindar atención integral en centros avanzar, a niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple o con autismo, que requieren apoyos extensos o generalizados en la ciudad de Bogotá, de conformidad a lo expuesto en anexo técnico y estudios previos" Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016(modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo gravedad de juramento; y para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que: **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un termino superior a 90 días continuos o discontinuos. **NO** he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un periodo inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016. De conformidad con el páragrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto TRibutario **NO** autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) **NO** estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación - SIMPLE. **NO** soy responsable de IVA. **NO** autorizo que se aplique una tarifa de rentención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6%, 4% según aplique) a la determinada en el punto anterior(Depuración).	$	3.259.167

FIRMA:	SUB TOTAL	$ 3.259.167
	DESCUENTOS	
c.c. 1072709500	TOTAL	$ 3.259.167

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

Dirección: calle 67#55-21 apto 301
Teléfono: 3172126267
EMAIL: sergiodavidgiraldo@gmail.com

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	Sergio David Giraldo Ninco	**NIT:**	1072709500
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2022
Número de Radicación:	62301221	**Total a pagar:**	$377,300
Fecha de vencimiento:	04/10/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/10/2022	**Número de Administradoras:**	3

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:	NEQUI	**Número Autorización:**	1688419023
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$6,800
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$208,000
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		$0	$162,500
						$377,300

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

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