Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
IVON ANDREA CAMPOS REY	**52727599**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 39C SUR No 2 I - 30	**Bogotá**	**3222478154**	ivonrey11@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Coordinadora	171.107	5.133.210

- Soy una persona natural no responsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**5.133.210**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	49.587
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**5.083.623**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52727599	IVON ANDREA CAMPOS REY	calle 39 c # 2 i 30 sur	000000000	ivonrey11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	14/06/2024	77925619	$596.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	256.700	0		0		0	0	0	0	256.700	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	328.600	0	0	0	0	0	0		328.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.800				10.800	0	0	10.800			108	10.800	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	256.700	256.700
Pensión	1	328.600	328.600
Riesgos Laborales	1	10.800	10.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	596.100	596.100

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	52727599	IVON ANDREA CAMPOS REY		calle 39 c # 2 i 30 sur	000000000	ivonrey11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	14/06/2024	77925619	$596.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52727599	CAMPOS REY IVON ANDREA	59	0			N							X										230201	2.053.284	328.600	0	0	0	0	EPS017	2.053.284	256.700	14-23	2.053.284	1	10.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
PAOLA ANDREA FORERO SEVALLOS	**1013650275**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 32 SUR No 41 -41	**BOGOTA**	**3005712883**	laopaforero@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRONICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestacíón de Servicios trabajadora social	146.658	4.399.725

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9011175177

9011175177

No. de Radicación: 27961308

Fecha de Radicación: 18 06 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o Jefe(a) de Familia [X] • Beneficiario / afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 3

II. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres			
FORERO	CEBALLOS	PAOLA	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento			
CC	1013650275	X		28	05	1994	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
			20	NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización: $4.399.725 — 18. Residencia — Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres							

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	H	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombres o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CEBALLOS CEBALLOS PAOLA	CC	1013650275	

39. Dirección			
CL 32 S 41 41	NT	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la cotización en la EPS Código [ ] 6. Reactivación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
					18 06 2024

43. EPS anterior — 44. Motivo de traslado: Código [ ] — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad de la información de los beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no vinculación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de la relación de unión marital de hecho que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario [ ]
49. Declaración de no vinculación del cotizante cabeza de familia a ninguna condición o afiliación adicional en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para consultar en la EPS la base de datos y demás bases, relacionadas con la salud del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
51. Autorización para que la EPS suministre la información de la relación laboral del cotizante a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran [ ]
52. Autorización para que la EPS consulte los datos básicos de cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS consulte la información de los datos biométricos del cotizante como mecanismo de firma [ ]

VIII. FIRMAS

Paola A. Forero C.

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: — Total: [ ]
57. Copia del documento de acreditación permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencias judiciales que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura pública, sentencia judicial que decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital [ ]
60. Copia del certificado de adopción y acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial o de la autoridad administrativa de custodia [ ]
62. Copia del documento en que conste la partida de la defunción del cónyuge o compañero(a) permanente y el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
63. Copia de la autorización emitida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio / Código de departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: INDEPENDIENTE

71. Firma del funcionario

Recuerda que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

INTERNET

Versión Actual Independiente

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
RAFAEL RODRIGUEZ GRIMALDI	**79571113**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 17 No 4 - 49	**BOGOTA**	**3223495223**	**Rgptrabajo@gmail.com**

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como psicologo	146.658	4.399.725

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 79571113		RODRIGUEZ GRIMALDI RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 24 9 62	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000605	9467290177	I	2024/06/06	2024/05/22	BANCO DE BOGOTA	0	$505,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	79571113	RODRIGUEZ RAFAEL	230301	30	$1,634,000	$261,500	EPS037	30	$1,634,000	$204,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,634,000	$39,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,634,000**	**$261,500**			**$1,634,000**	**$204,300**			**$0**	**$0**			**$1,634,000**	**$39,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$0	$0	$261,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$261,500	$0	$0	$261,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,900	$0	$0	$39,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,900	$0	$0	$39,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,300	$0	$0	$204,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$204,300	$0	$0	$204,300
TOTAL				1	$505,700	$0	$0	$505,700

2024/06/28 05:47 PM

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Diana Ximena Pineda Sánchez	1.023.861.607	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 10 # 8 - 55 sur	Bogotá	3133280566	dixipisa1986@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Como Psicologa	146.658	4.399.725

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Diana Pineda

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023861607	DIANA XIMENA PINEDA SANCHEZ	Carrera 10 # 8 - 55 sur	3133280566	dixipisa1986@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	25/06/2024	78175040	$520.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.400				18.400	0	0	18.400			184	18.400	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	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	18.400	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	520.000	520.000

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	1023861607	DIANA XIMENA PINEDA SANCHEZ		Carrera 10 # 8 - 55 sur	3133280566	dixipisa1986@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	25/06/2024	78175040	$520.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023861607	PINEDA SANCHEZ DIANA XIMENA	59	0			N																	230301	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS005	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	2	18.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
6	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
DALIA AZUCENA CAJAMARCA OLARTE	**52023360**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 18A No 182 - 58	**BOGOTA**	**3194626337**	daliacamajarca@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
24	Prestación de Servicios como terapeuta ocupacional	167.847	4.028.325

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**4.028.325**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	38.914
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**3.989.411**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	

Dalia A Cajamarca O

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 52023360		CAJAMARCA OLARTE DALIA AZUCENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 137-52A-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6158514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	730614208	9468576313	I	2024/06/18	2024/06/26	BANCO CAJA SOCIAL	8	$548,000

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)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0
1	CC 52023360	CAJAMARCA DALIA	25-14	30	$1,759,890	$281,600	EPS037	30	$1,759,890	$220,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,759,890	$42,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$42,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52023360		CAJAMARCA OLARTE DALIA AZUCENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 137-52A-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6158514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	730614208	9468576313	I	2024/06/18	2024/06/26	BANCO CAJA SOCIAL	8	$548,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$1,800	$0	$283,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$281,600	$1,800	$0	$283,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,900	$300	$0	$43,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$42,900	$300	$0	$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$1,400	$0	$221,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$220,000	$1,400	$0	$221,400
TOTAL				**1**	**$544,500**	**$3,500**	**$0**	**$548,000**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN DD	MM	AAAA	NUMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
5	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN
CLAUDIA PATRICIA PEÑATE TOVAR	**1129570088**	**BARRANQUILLA**

DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 49B SUR - 9A - 94 TORRE 1 APTO 102	**BOGOTÁ**	**3007815829**	claudiaptovar09@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACIÓN CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
25	Prestación de Servicios profesionales como Nutricionista - Dietista	175.989	4.399.725

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	

claudia peñate

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1129570088
NOMBRES Y APELLIDOS	Peñate Tovar,Claudia Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Peñate Tovar,Claudia Patricia, a los 23 días del mes de mayo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas
Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
HERNANDO ORTIZ BOHORQUEZ	**1032367287**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 79 N 10 D -95	**Bogotá**	**3046042663**	mamoots08@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCIÓN	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Educador Fisico		4.399.725

- Soy una persona natural no responsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 1032367287		ORTIZ BOHORQUEZ HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79 # 10 D 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4795604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	96470523	9468744340	I	2024/07/19	2024/06/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$555,200

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)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$1,759,890	$35,200			$1,759,890	$18,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$1,759,890	$35,200			$1,759,890	$18,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$1,759,890	$35,200			$1,759,890	$18,400		$0	$0
1	CC	1032367287	ORTIZ HERNANDO	25-14	30	$1,759,890	$281,600	EPS002	30	$1,759,890	$220,000	CCF21	30	$1,759,890	$35,200	14-23	30	$1,759,890	$18,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$1,759,890	$35,200			$1,759,890	$18,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032367287		ORTIZ BOHORQUEZ HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79 # 10 D 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4795604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	96470523	9468744340	I	2024/07/19	2024/06/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$555,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,400	$0	$0	$18,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,400	$0	$0	$18,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,200	$0	$0	$35,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$35,200	$0	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				1	$555,200	$0	$0	$555,200

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
WILLIAM ENRIQUE CARENAS AVENDAÑO	**80011300**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 15 No 119a - 40	**Bogotá**	**3025492814**	wcardenas1103@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Aux. de enfermeria	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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

Señor(a): WILLIAM ENRIQUE CARDENAS AVENDAÑO
No. Identificación: CC80011300
Dirección: CALLE 15 N 119 A 40
Telefono: 16570417
Correo: wcardenas1103@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 77224098

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	WILLIAM ENRIQUE CARDENAS AVENDAÑO
Tipo y número de identificación	CC80011300
Número de planilla	77224098
Fecha pago	2024-05-23
Número de autorización pago	1717141
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	384100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	13600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

77224098

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80011300
APELLIDOS Y NOMBRES: WILLIAM ENRIQUE CARDENAS AVENDAÑO

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	230201	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	13600	0

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas
Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
LAURA FERNANDA HERNANDEZ PINTO	**1000622337**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 39 F sur No 2 J -24	**Bogotá**	**3015582700**	laurahernande301@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Aux. de enfermeria	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

Laura Hernandez

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-27, 08:48:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063851548

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810567708

PAGADO 27/05/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA FERNANDA HERNANDEZ		
Documento	CC1000622337	**Dirección**	CL 39S SUR #2 J - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015582700
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000622337	LAURA FERNANDA HERNANDEZ PINTO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	1,044	$ 1.300.000	$ 13.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100	$ 0	$ 384.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ	**1032432580**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 73 A BIS SUR # 14P-10	**Bogotá**	**3057721563**	albysauxenfermeria2022@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Aux. de Enfermería	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	$	2.445.690
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Alba Barrera

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-27, 04:08:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063701587

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810395925

PAGADO 24/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ		
Documento	CC1032432580	**Dirección**	CL 73A SUR #14 P - 10 PISO 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3057721563
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032432580	ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA	**1072446653**	**MACHETA C/MARCA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 63SUR No 14 - 84 ESTE	**Bogotá**	**3168463924**	manuelorjuelaz90@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Aux. de enfermeria de Febrero	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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

Señor(a): MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA
No. Identificación: CC1072446653
Dirección: CALLE 63 SUR # 14-84 E
Telefono: 9091787
Correo: MANOLO6854@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8378138299

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA
Tipo y número de identificación	CC1072446653
Número de planilla	8378138299
Fecha pago	2024-06-25
Número de autorización pago	95759920
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

8378138299

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1072446653
APELLIDOS Y NOMBRES: MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA

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
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
JULIAN ARTURO HERRERA FERNANDEZ	**1024539815**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 46A No 68F - 45 SUR	**Bogota**	**3053702558**	arturoprofeartes@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicio Artista	146.658	4.399.725

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**4.399.725**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	42.501
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.357.223**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

BOGOTA, Junio 28 de 2024

Señor:
HERRERA FERNANDEZ JULIAN ARTURO
CC. 1024539815
CL 56 24 6 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 29 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
HERRERA FERNANDEZ JULIAN ARTURO	1024539815	C	Jun-29-2023	47	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
FERNANDEZ MENDIVELSO MARTHA	51663601	C	Jun-30-2023	47	26	PADRES	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALBERGUE INFANTIL MAMA YOLANDA	1024539815	Dependiente	CERRADO
HOGARES DE PASO LA MALOKA SAS	1024539815	Dependiente	VIGENTE
JULIAN ARTURO HERRERA FERNANDEZ	1024539815	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
JULIA LILIANA LOPEZ GOMEZ	**52718235**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 138A No 102A - 22	**Bogotá**	**3125116424**	lilipauty@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Facilitadora	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 52718235		LOPEZ GOMEZ JULIA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 138A- 102A -22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	07594399	9467569668	I	2024/06/12	2024/05/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$403,300

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52718235	LOPEZ JULIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52718235		LOPEZ GOMEZ JULIA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 138A- 102A -22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	07594399	9467569668	I	2024/06/12	2024/05/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$403,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$403,300	$0	$0	$403,300

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Ingrid Ivonne Borda Sierra		**53038703**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 36a N15a-34	**Soacha**	**3123046932**	ingridibs@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Facilitadora	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-28, 04:10:00 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063696508

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822604160

PAGADO 27/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID IVONNE BORDA SIERRA		
Documento	CC53038703	**Dirección**	CR 36A #15 A - 34 SOACHA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123046932
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53038703	INGRID IVONNE BORDA SIERRA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Leidy Johana Macias Lara	**1031171711**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 157b N 131A - 18	**Bogotá**	**3226345570**	leidymacias97@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Facilitadora	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$ 2.445.690**
RETEFUENTE	
RETEICA	$ 23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 2.422.064**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-24, 10:11:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063850277

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8835806650

PAGADO 24/06/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA MACIAS LARA		
Documento	CC1031171711	**Dirección**	CR 157B #131 A - 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226345570
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1031171711	LEIDY JOHANA MACIAS LARA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 5.500	$ 382.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Jonny Alexander Pacheco Cucunuba	**1031153250**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 12 g No 40 b 01 sur	**Bogotá**	**3203268160**	alexpacheco0806@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Facilitador	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-28, 04:09:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063834142

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810258437

PAGADO 27/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONNY ALEXANDER PACHECO CUCUNUBA		
Documento	CC1031153250	**Dirección**	CR 12G #40 B - 01 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103100855
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1031153250	JONNY ALEXANDER PACHECO CUCUNUBA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
MAIRA ALEJANDRA DIAZ GUTIERREZ	**1024535017**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 60 B No 74 - 45 SUR	**Bogotá**	**3227465256**	maleja433@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Gestion Documental	81.523	2.445.690

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**2.445.690**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	23.625
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.422.064**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Maira Alejandra Diaz Gutierrez.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, junio 17 de 2024

Señora:
DIAZ GUTIERREZ MAIRA ALEJANDRA
CC. 1024535017
CL 60 B 74 45 SUR
Ciudad

Ref.: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A. En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de diciembre 19 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
DIAZ GUTIERREZ MAIRA ALEJANDRA	1024535017	C	Dic-19-2012	554	100	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GUACANEME DIAZ DANNA SOFIA	1029154209	R	Jun-24-2017	320	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GUACANEME REY JHONATAN	80808999	C	Feb-2-2011	648	100	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1024535017	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1024535017	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1024535017	Dependiente	CERRADO
SERDEMPO SAS	1024535017	Dependiente	CERRADO
SUMMAR TEMPORALES S A S	1024535017	Dependiente	CERRADO
CAFE PLANET SOLUCIONES DE GOURMET SAS	1024535017	Dependiente	CERRADO
CAFE PLANET SOLUCIONES DE GOURMET SAS	1024535017	Dependiente	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1024535017	Dependiente	VIGENTE
FIDUCIARIA DE OCCIDENTE SA FIDUOCCIDENTE SA	1024535017	Dependiente	CERRADO
FUNDACION PROFESIONALES Y EMPRENDEDORES SOCIALES	1024535017	Dependiente	CERRADO
INFORMATICA DOCUMENTAL SAS	1024535017	Dependiente	CERRADO
MAIRA ALEJANDRA DIAZ GUTIERREZ	1024535017	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	CERRADO
MAIRA ALEJANDRA DIAZ GUTIERREZ	1024535017	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	CERRADO
MANEJO TECNICO DE INFORMACION S A	1024535017	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1024535017	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1024535017	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ

GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD
TOTAL EPS S.A.

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
OFELIA ROBLES RODRIGUEZ	**26527171**	**HILA**

DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 3C ESTE No 32 - 33 SUR	**Bogotá**	**3176704909**	ofelin2312@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Operaria de Cocina	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	2.088.848
RETEFUENTE	
RETEICA	$ 22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 2.066.809**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26527171		ROBLES RODRIGUEZ OFELIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 3c este #32-33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3176704909	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	59114405	9467490122	I	2024/06/20	2024/05/29	BANCO DE OCCIDENTE	0	$169,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300
1	CC	26527171	ROBLES OFELIA																	0	$0	$0	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$169,300
Total		**Afiliados(1)**																			$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$169,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26527171		ROBLES RODRIGUEZ OFELIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 3c este #32-33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3176704909	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	59114405	9467490122	I	2024/06/20	2024/05/29	BANCO DE OCCIDENTE	0	$169,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$169,300**	**$0**	**$0**	**$169,300**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
DIANA MARIA ALVEAR RICO	**1026571781**	**BOGOTÁ**

DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 24 No 35-58 SUR	**Bogotá**	**3227196707**	dstj03@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Aux Cocina	76.048	2.281.433

•Soy una persona natural no esponsable de iva
•De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
•Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
•Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	2.281.433
RETEFUENTE	
RETEICA	$ 22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	$ **2.259.394**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 1026571781		ALVEAR RICO DIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra78ibis#50-86sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227196707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	689596859	9468014464	I	2024/06/21	2024/06/07	NEQUI	0	$377,300

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1026571781	ALVEAR DIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026571781		ALVEAR RICO DIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra78ibis#50-86sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227196707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	689596859	9468014464	I	2024/06/21	2024/06/07	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
CADIZ MARIA ZABALETA COGOLLO	**50849770**	**CERETE-CORDOBA**

DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 72 No 104A - 10	**Bogotá**	**3115452069**	brandiszabaleta@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Auxiliar Cocina mes de Febrero	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, artículo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	2.281.433
RETEFUENTE	
RETEICA	$ 22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 2.259.394**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CADIZ MARIA ZABALETA COGOLLO
IDENTIFICACIÓN:	CC-50849770
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-05-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-20
FECHA DE PAGO:	2024-05-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	8630652179
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8651506911
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 169.300	$ 169.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/07/2024

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN
DOMIS DEL CARMEN GUTIERREZ MENDOZA	**64719278**	**SAMPUES SUCRE**

DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CRA 20D No 62 - 32 SUR	**BOGOTÁ**	**3224640808**	domisgm-0326@hotmial.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACIÓN CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRONICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios Auxiliar Cocina	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	2.281.433
RETEFUENTE	
RETEICA	$ 22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 2.259.394**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	64719278
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DOMIS DEL CARMEN GUTIERREZ MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 N 61 B 18 SUR	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4552764882	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998798810

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

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	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			$ 26.000	$ 0	$ 26.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES													
																											PENSIÓN								SALUD							ARP										CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																			
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE FISCAL EN COLOMBIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 64719278	GUTIERREZ MENDOZA DOMIS DEL CARMEN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	64719278	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 428.200

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
SARIBED PARDO TRIVIÑO	**1012399380**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CLL 68 SUR No 78C - 24	**Bogotá**	**3013506379**	**sarita_pardo13@hotmail.com**

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Servicios Generales	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**2.281.433**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.259.394**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Saribed Pardo Triviño

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-28, 12:11:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 71038951

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024

PAGADA 28/05/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SARIBED PARDO TRIVIÑO				
Documento	CC1012399380	**Dirección**	CL 68 SUR #78 C - 24 CALLE 1 NRO 11 11		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3013506379		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

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 1012399380	PARDO TRIVIÑO SARIBED	57	00																0	30	30	30	0	COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	ARL SURA	$ 1.300.000	$ 31.700	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
24	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
CINDY LORENA QUINTERO CARREÑO	**1033719370**	**BOGOTA D.C**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
TRANSV. 5LBIS No 46 - 08SUR	**Bogotá**	**3209730944**	**cindylorenaquinterocarreno@gmail.com**

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestacíón de Servicios como servicios generales	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	**$**	**2.281.433**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.259.394**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Cindy Quintero C.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 1033719370		QUINTERO CARREÑO CINDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera5 K No. 48H-57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7390123	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000406	9467925678	I	2024/06/20	2024/05/30	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1033719370	QUINTERO CINDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033719370		QUINTERO CARREÑO CINDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera5 K No. 48H-57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7390123	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000406	9467925678	I	2024/06/20	2024/05/30	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
NICOLL DAYAN RAMIREZ CABALLERO	**1001275797**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 48ZBIS No 5D - 26	**BOGOTA**	**3054671637**	nikolr395@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Servicios Generales	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

TOTAL	$	**2.281.433**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22 039
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	**2.259.394**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

Nicol

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 1001275797		RAMIREZ CABALLERO NICOLL DAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 48 z bis sur 5 d 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	730047025	9468739387	I	2024/07/23	2024/06/26	NEQUI	0	$377,300

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1001275797	RAMIREZ NICOLL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001275797		RAMIREZ CABALLERO NICOLL DAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 48 z bis sur 5 d 26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	730047025	9468739387	I	2024/07/23	2024/06/26	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN
MELISSA MARIA HERNANDEZ PEREZ	**1005627563**	**CAIMITO SUCRE**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CRA 8D No 160 - 13	**BOGOTA**	**3218867411**	melissa00157@outlooq.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Servicios Generales	76.048	2.281.433

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

TOTAL	**$**	**2.281.433**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.259.394**

Melissa H.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

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 1005627563		HERNANDEZ PEREZ MELISSA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8D # 160-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3218867411	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	694309422	9467811743	I	2024/06/18	2024/06/11	NEQUI	0	$402,200

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1005627563	HERNANDEZ MELISSA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005627563		HERNANDEZ PEREZ MELISSA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8D # 160-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3218867411	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	694309422	9467811743	I	2024/06/18	2024/06/11	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas
Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN			
DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	6	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	6	2024	AL	30	6	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
JOHN FREDY CARATON SALAMANCA		**79767659**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CRA 17M No 69 A 15 SUR	**BOGOTA**	**3132545481**	jhonfredycarenton@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Servicios Generales	76.048	2.281.433

- **Soy una persona natural no esponsable de iva**
- **De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa**
- **Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal**
- **Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita**

TOTAL	**$**	**2.281.433**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.039
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.259.394**

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
X	X	X	

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79767659		CARANTON SALAMANCA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 M# 69 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132546481	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	691727178	9467800333	I	2024/06/18	2024/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79767659	CARANTON SALAMANCA JOHN FREDY																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0	No	$384,100
Total	**Afiliados(1)**																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0		$384,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79767659		CARANTON SALAMANCA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 M# 69 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132546481	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	691727178	9467800333	I	2024/06/18	2024/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$384,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100