DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

Bogotá, JULIO 30 de 2024

CUENTA DE COBRO # 7

FUNDACION FER- JARDIN – VILLAELISA
NIT. 900.479.761-8

DEBE A:

DIANA MILENA RIOS LOZADA
C.C. 1.006.630.650
Régimen Simplificado

La suma de: **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($3.666.000) MCTE.**

Por concepto de: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COMO PROFESIONAL Y TECNICA DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA DEL 1 AL 30 DE JULIO 2024.

CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO A NO DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

Yo, DIANA RIOS, identificado con cédula de ciudadanía Como aparece al pie de mi firma, bajo la gravedad de juramento (Artículo 442 del Código penal) lo siguiente:

1) Que actualmente soy residente en Colombia y mis ingresos brutos provienen en un 80% o más de la prestación de servicios de manera personal o actividad por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal de cualquier otra naturaleza.

2) Que mis Ingresos Brutos Totales con corte a 31 de diciembre de 2023 como Asalariado, Independiente y/o Persona natural NO superaron $59.377.000

Que mi patrimonio bruto con corte a 31 de diciembre de 2023 NO excedió la suma de $190.854.000
Que mis compras y consumos NO superaron los $59.377.000, durante el año 2023

3) No he contratado o vinculado a 2 o más trabajadores o contratistas asociados a esta actividad.

4) Aplicar retención en la fuente según artículo del Estatuto Tributario 383 Parágrafo 2.

Solicito a ustedes que el cheque correspondiente a la cancelación de la Cuenta de Cobro girado a nombre mío, no lleven sellos restrictivos y que se pueda cobrar por ventanilla. Lo anterior bajo mi responsabilidad sea consignado a mi cuenta de Ahorros BANCOLOMBIA No. 54-7926705-15

Cordialmente,



DIANA MILENA RIOS LOZADA
C.C. 1006630650
dianisrios911@hotmail.com
DIRECCION: CLL 128 B 85 89
CEL: 3228113228

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
Nro. Doc.: DSE958
Fecha Emisión: 2024-07-30 15:55:07
Fecha validación: 2024-07-30 16:00:08-05:00

N° Resolución: 18764053241077 **Prefijo:** DSE **Consecutivo:** 223 hasta 1000 **Fecha:** 2023-08-08 **hasta** 2024-08-08

Datos del Vendedor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: DIANA MILENA RIOS LOZADA **NIT:** 1006630650-3 **Actividad Económica:** **Dirección:** CLL 128 B 85 89 - Bogotá, D.C - - Bogotá - CO **Teléfonos:**	**Razón social/Nombre:** FUNDACION FER **NIT:** 900479761-8 **Dirección:** CALLE 134 A 91 77 - BOGOTÁ, D.C. - - Bogotá - CO **Teléfonos:** 3132587550 **Contacto:** SERGIO ESPINOSA **E-mail:** email@domain.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	02	1.00	94	Servicio - SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL 1 AL 30 DE JULIO - 2024-07-30 - Por operación	3,666,000.00				3,666,000.00
Total Items		1							

Totales	
SUBTOTAL:	3,666,000.00
TOTAL Base Imponible:	0.00
TOTAL:	3,666,000.00
TOTAL en letras: Tres Millones Seiscientos Sesenta Y Seis Mil Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Consignación bancaria		JULIO1						

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	1006630650	DIANA MILENA RIOS LOZADA	CRA 96A 130C 14	3004943	DIANITARIOS10@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	
2024-07	2024-07	I	30/07/2024	79013847	$455.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	183.300	0		0		0	0	0	0	183.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	234.700	0	0	0	0	0	0		234.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.400	0	0	29.400	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	183.300	183.300
Pensión	1	234.700	234.700
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	1	29.400	29.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	455.100	455.100

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	1006630650	DIANA MILENA RIOS LOZADA		CRA 96A 130C 14	3004943	DIANITARIOS10@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	
2024-07	2024-07	I	30/07/2024	79013847	$455.100	

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006630650	RIOS LOZADA DIANA MILENA	59	0			N																	231001	1.466.400	234.700	0	0	0	0	EPS008	1.466.400	183.300	14-11	1.466.400	1	7.700	CCF24	1.466.400	29.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Pagos PSE - Sucursal Virtual

Tienda Virtual o Recaudador: **COMPENSAR-OI**

1 Preparación | 2 Verificación | 3 Aprobación | 4 Confirmación

¡Bien hecho!
El pago ha sido debitado de su cuenta. Presione "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado de la transacción.

Compra online COMPENSAR-OI

Nro. de recibo:	79013847
Descripción del pago:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Identificación del contribuyente:	10.0.66.7
Concepto:	CC
Razón Social:	1006630650
Nro. de comprobante:	**0000034982**
Valor pagado:	**$ 455,100.00**
Cuenta:	*********6490 - Ahorros - Ahorros**

También puede

Descargar resumen

Ingrese su email para enviar comprobante | Enviar

Ingrese uno o varios emails separados con comas para enviar el comprobante.

Finalizar

Dirección IP: 200.118.60.208

Copyright © 2024 Bancolombia S.A.