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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yeiny Victoria Martínez Rincón	**52707635**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Autopista Norte 128d-40	**Bogotá**	**3156978058**	yvictoriam2020@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 Coordinadora	171.107	5.133.210

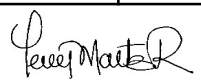
•De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON	Autopista Norte 128d-40	3057094	yvictoriam2020@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	
2024-08	2024-08	I	20/08/2024	79403654	$606.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	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	21.500	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	606.800	606.800

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	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON		Autopista Norte 128d-40	3057094	yvictoriam2020@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	
2024-08	2024-08	I	20/08/2024	79403654	$606.800	

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	52707635	MARTINEZ RINCON YEINY VICTORIA	59	0			N																	230201	2.053.284	328.600	0	0	0	0	EPS008	2.053.284	256.700	14-23	2.053.284	2	21.500		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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Laura Alejandra Burgos Rubiano	1010242962	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 115A #68-54	Bogotá	3133254820	burgosslaura@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 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-23, 09:49:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066063836

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810776857

PAGADO 23/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA ALEJANDRA BURGOS RUBIANO		
Documento	CC1010242962	**Dirección**	CR 12C #9 - 46
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133254820
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 1010242962	LAURA ALEJANDRA BURGOS RUBIANO	59	00								X									0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.760.000	$ 281.600	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.760.000	$ 220.000	1,044	$ 1.760.000	$ 18.400	(CCF21) CAFAM	$ 1.760.000	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 530.600

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
$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 1.760.000	$ 281.600	$ 220.000	$ 18.400	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 530.600	$ 0	$ 530.600

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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
RODRIGO JAVIER CHAPARRO BONILLA	88213092	Bogotá

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 17 No 4 - 49	Bogotá	3053037443	rodrigojchaparrob@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 Psicólogo	146.658	4.399.725

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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 88213092		CHAPARRO BONILLA RODRIGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No 4 - 59	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
2024-08	2024-08	66862772	9470880704	I	2024/09/20	2024/08/23	BANCO DE OCCIDENTE	0	$520,000

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	$18,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0
1	CC	88213092	CHAPARRO RODRIGO	231001	30	$1,759,890	$281,600	EPS008	30	$1,759,890	$220,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,759,890	$18,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$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 88213092		CHAPARRO BONILLA RODRIGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No 4 - 59	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
2024-08	2024-08	66862772	9470880704	I	2024/09/20	2024/08/23	BANCO DE OCCIDENTE	0	$520,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				1	$520,000	$0	$0	$520,000

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	NÚMERO
25	8	2024	1

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sthefania Bolívar Montoya		1030656085	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Carrera 67 # 57 v 09 sur	Bogota	3118621518	Sthefaniabolivar07@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 Psicóloga	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	x

Sthefania Bolivar.

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 1030656085		BOLIVAR MONTOYA STHEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 # 57 v 09 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118621518	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	832663406	9470802926	I	2024/09/19	2024/08/09	NEQUI	0	$520,000

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	1030656085	BOLIVAR STHEFANIA																		230201	30	$1,759,890	$281,600	EPS008	30	$1,759,890	$220,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,759,890	$18,400	0	$0	$0	No	$520,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0		$520,000

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 1030656085		BOLIVAR MONTOYA STHEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 # 57 v 09 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118621518	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	832663406	9470802926	I	2024/09/19	2024/08/09	NEQUI	0	$520,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				1	$520,000	$0	$0	$520,000

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	NÚMERO
25	8	2024	2

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Julian Ricardo Molano Bolaños	1233696612	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 115A #68-54	Bogotá	3013289846	JULIRICHARMOLANO@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 Terapeuta Ocupacional	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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Powered by CamScanner

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1233696612	0	JULIAN RICARDO MOLANO BOLAÑOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 115A N 68 54		1234567			JULIRICHARMOLANO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-08	2024-08	30436232	I	2024-08-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	520.000	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30436232	2024-09-04	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1233696612	MOLANO BOLAÑOS JULIAN RICARDO	1.759.800																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.759.800	281.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.759.800	220.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.759.800	18.400	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	520.000	N	2873001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1233696612	0	JULIAN RICARDO MOLANO BOLAÑOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 115A N 68 54		1234567			JULIRICHARMOLANO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-08	2024-08	30436232	I	2024-08-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	520.000	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30436232	2024-09-04	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.759.800	1.759.800	1.759.800	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	281.600	0	0	0	281.600
PORVENIR	230301	800224808	8	1	281.600	0	0	0	281.600
EPS(Administradoras: 1)				1	220.000	0	0	0	220.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	220.000	0	0	0	220.000
ARP(Administradoras: 1)				1	18.400	0	0	0	18.400
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	18.400	0	0	0	18.400
Gran Total					520.000	0	0	0	520.000

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	NÚMERO
25	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yudy Vanessa Barrantes Martínez	1018491016	Bogotá

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cra 8 #170-52	Bogota	3202234339	ybarrantesm@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 Nutricionista	146,658	4,399,725

- 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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

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 1018491016		BARRANTES MARTINEZ YUDY VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 # 170 - 52	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
2024-08	2024-08	829952013	9471116897	I	2024/09/05	2024/08/08	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$546,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,759,890**	**$281,600**			**$1,759,890**	**$220,000**			**$1,759,890**	**$35,200**			**$1,759,890**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$546,000**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,759,890**	**$281,600**			**$1,759,890**	**$220,000**			**$1,759,890**	**$35,200**			**$1,759,890**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$546,000**
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		$9,200		$0	$0		$546,000
1	CC	1018491016 BARRANTES YUDY																		231001	30	$1,759,890	$281,600	EPS008	30	$1,759,890	$220,000	CCF24	30	$1,759,890	$35,200	14-23	30	$1,759,890	0.522%	$9,200	30	$0	$0	No	$546,000
Total	**Afiliados(1)**																					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$1,759,890	$35,200			$1,759,890		$9,200		$0	$0		$546,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018491016		BARRANTES MARTINEZ YUDY VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 # 170 - 52	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
2024-08	2024-08	829952013	9471116897	I	2024/09/05	2024/08/08	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$546,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,200	$0	$0	$35,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,200	$0	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				**1**	**$546,000**	**$0**	**$0**	**$546,000**

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	NÚMERO
25	8	2024	1

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Hugo Andres Guerrero Ortiz	1023894820	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 40 Sur 9 b 25	Bogotá	3125195671	hugoandresguerrero@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 Educado fisico	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

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Scanned with 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	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ		calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@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	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79413579	$530.600	

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	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	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	18.400	18.400
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	530.600	530.600

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	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ		calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79413579	$530.600	

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	1023894820	GUERRERO ORTIZ HUGO ANDRES	59	0			N																	25-14	1.759.890	281.600	0	0	0	0	EPS005	1.759.890	220.000	14-23	1.759.890	2	18.400	CCF24	1.759.890	10.600	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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Luz Myriam Medina Salamanca	**1023912324**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
calle 40 a sur#9-75 este	**Bogota**	**3208240042**	luzmedina0891@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 Auxiliar de enfermeria	81.523	2.445.690

- 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

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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LUZ MYRIAM MEDINA SALAMANCA**, identificada con **CC** número **1023912324**, aportó por **Luz Myriam Medina Salamanca** identificado(a) con **CC** número **1023912324** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
231001	Colfondos	57															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Agosto - 2024	79172008	06/08/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	57															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Agosto - 2024	79172008	06/08/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Agosto - 2024	79172008	06/08/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **3** días del mes **Septiembre** de **2024**

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yudi Andrea Bejarano Cortes		1014209723	Bogotá
correo	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 49 b sur# 5t-18	Bogotá	3223075630	andreita.7704@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 Auxiliar de enfermeria	81.523	2.445.690

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-06, 12:44:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065072440

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810680497

PAGADO 06/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUDY ANDREA BEJARANO CORTES		
Documento	CC1014209723	**Dirección**	CALLE 86 # 95 23 bq d5 apt 404
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223075630
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 1014209723	YUDI ANDREA BEJARANO CORTES	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200	$ 0	$ 428.200

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.

Scanned with 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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sonia Esperanza Martínez Rivera	**1072189706**	**Sibaté**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 4 # 1 - 46 sur	**Bogotá**	**3206507791**	soniamartinez178@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Auxiliar de enfermería	81.523	2.445.690

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-06, 07:26:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065056770

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024

PAGADO 06/08/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SONIA ESPERANZA MARTINEZ RIVERA		
Documento	CC1072189706	**Dirección**	CR 4 #1 - 46 TORRE 7 APTO 305
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6949896
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 1072189706	SONIA ESPERANZA MARTINEZ RIVERA	57	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.

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	8	2024	1

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Miguel Ángel Moreno Matamoros	**1033714607**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
calle 47 sur #12f - 30	**Bogotá**	**3227531320**	tamomiguel45@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios como Auxiliar de enfermería	81,523	2,445,690

- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, ar culo 340, no vincule a 2 o más trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o más 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 RETENCION	**$**	**2,422,064**

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

FIRMA PRESTACION DE SERVI

Scanned with ACE Scanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27040569

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 3 — 3 INDEPENDIENTE

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
MORENO	MATAMOROS	MIGUEL	ANGEL	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1033714607	Femenino [ ] Masculino [X]	01/12/2004	SOLTERO (A)	EPSS34 CAPITAL SALU

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PE	1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico
DG 47 SUR # 12 F - 30		3227531320	TAMOMIGUEL45@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL	2833 CENTRO MEDICO COLSUBS

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]		

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

	Primer apellido	Segundo apellido	24. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo F N M Condición T P	
B2			Tipo F N M Condición T P	
B3			Tipo F N M Condición T P	
B4			Tipo F N M Condición T P	
B5			Tipo F N M Condición T P	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27040569

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 correción de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción 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 las condiciones para cotizar.
- [ ] 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
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [X] 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
EPSS34 CAPITAL SALUD SUBSIDIA	Código 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante / Cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare 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 o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado 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.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: _____

Recuerde 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

EPS

sura

Señor Afiliado:
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS

Cédula: CC1033714607

Firma 

VIGILADO Supersalud

Este documento fue generado con la información registrada el 12/08/2024 10:03:38 para efectos del formulario de afiliación.

BOGOTA, D.C., 5 de Agosto de 2024 2024_15892108-41065328

Señor (a):
MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS
TAMOMIGUEL45@GMAIL.COM
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2024_15892108 del 5 de Agosto de 2024
Ciudadano: MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS
Identificación: C.C. 1033714607
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,

HERNANDO BLANCO MANCHOLA
Director de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900310195	**Cédula Usuario:**	CC 52369352
Nombre:	FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG				
Dirección:	DG 19 D 36 04				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	CONSTRUYENDOFUTUROONG@GMAIL.COM				
Teléfono:	3005683315		**Tarifa:**	1.044	
Actividad Económica:	2873001 ACTIVIDADES DE ATENCION EN INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES Y/O DISCAPACITADAS, ESTA CLASE COMPRENDE LA PROVISION DE ALOJAMIENTO Y SERVICIOS DE CUIDADO PARA PERSONAS MAYORES Y/O DISCAPACITADAS, QUE NO ESTAN EN CONDICIONES DE ATENDERSE POR SI MISMAS Y/O QUE NO DESEAN VIVIR DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUIDADO INCLUYE HABITACION, COMIDA, SUPERVISION Y ASISTENCIA EN ACTIVIDADES COTIDIANAS, TALES COMO LOS SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL, MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA EN ALGUNOS CASOS, ESTAS INSTITUCIONES PROVEEN ATENCION MINIMA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSTALACIONES SEPARADAS DENTRO DE LA MISMA INSTITUC				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 52369352	ELIANA PAOLA MARTINEZ CIFUENTES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	88	06/08/2024	CC 1033714607	MORENO MATAMOROS MIGUEL	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

07EF63148795A4E0CD5E6DF013533CB6 Certificado impreso el día 8/5/2024 7:09:26 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

MIGUEL ANGEL
MORENO MATAMOROS
1033714607

FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG
900310195

Este carné es personal e intransferible.

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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Dayan Nathaly Prieto Muñoz		1023912870	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
cra 3 este # 4-15 sur	Bogotá	3053096346	natashaprimu1991@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 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	x

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	1023912870	DAYAN NATHALY PRIETO MUÑOZ	cr 3 este # 4 15 sur	3053096346	natashaprimu1991@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79642471	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023912870	DAYAN NATHALY PRIETO MUÑOZ		cr 3 este # 4 15 sur	3053096346	natashaprimu1991@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79642471	$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	1023912870	PRIETO MUÑOZ DAYAN NATHALY	57	0			N																	25-14	1.759.900	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.759.900	220.000	14-23	1.759.900	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
22	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Pedro Andrés Alvarado Jiménez		79241137	Bogotá
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
cra 49 #165-73	Bogotá	3057042318	pedalji@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 Gestión Documental	81.523	2.445.690

- 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

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79241137
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PEDRO ANDRES ALVARADO JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CRA 10 1 89 CASA 18	TELÉFONO:	8615870
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7937980961**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		887827568

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 13.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 384.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 384.100**

Planilla Pagada

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Dayanni Rojas Vanegas	1096483423	BOLIVAR SANTNADER

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CL 38 19 ESTE 51	SOACHA	3003321606	DAYANNIRV.AMBIENTAL@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 Facilitador.	81.523	2.445.690

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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

Señor(a): DAYANNI ROJAS VANEGAS
No. Identificación: CC1096483423
Dirección: KR 108 A NO 137 B - 13
Telefono: 6879463
Correo: dayanni.rojasvanegas1990@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8379329839

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DAYANNI ROJAS VANEGAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1096483423	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2024
Número de planilla	8379329839	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2024
Fecha pago	2024-08-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	9096296	**Total Pagado**	384100
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8379329839

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	13600	1
230301	Porvenir	208000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1096483423
APELLIDOS Y NOMBRES: DAYANNI ROJAS VANEGAS

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
ESSC24	230301	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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Javier Salamanca Ramirez	79553271	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Kr 102 # 69 - 34	Bogotá	3058140733	salas0303javier@hotmail.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	Prestación de Servicios como Facilitador	81.523	2.445.690

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Scanned with CamScanner

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-06, 04:54:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065105662

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810685949

PAGADO 06/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAVIER SALAMANCA RAMIREZ		
Documento	CC79553271	**Dirección**	CRR 102 # 69 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3058140733
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 79553271	JAVIER SALAMANCA RAMIREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 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

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

Scanned with 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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Juan Sebastian Galeano Granados	1015417477	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CL 63 D # 71D - 36 APTO 205	Bogotá	3138982460	sebastian.incluyente@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 Facilitador.	81.523	2.445.690

- 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	x

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	1015417477	JUAN SEBASTIAN GALEANO GRANADOS	CALLE 63D NO. 71D-36 AP 205	2236932	sebastian.incluyente@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	08/08/2024	79275645	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015417477	JUAN SEBASTIAN GALEANO GRANADOS		CALLE 63D NO. 71D-36 AP 205	2236932	sebastian.incluyente@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	08/08/2024	79275645	$402.200	

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	1015417477	GALEANO GRANADOS JUAN SEBASTIAN	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		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	8	2024	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sandra Milena Bonilla Sorza	53090232	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Trasversal 49b No 70-78 sur	Bogotá	3203884086	bonillamilena40@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 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	

SANDRA BONILLA

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA	CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@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	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79342601	$384.100	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA		CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@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	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79342601	$384.100	

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	53090232	BONILLA SORZA SANDRA MILENA	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600		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	NUMERO
25	8	2024	2

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
María Abril	39650402	Bogotá

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRONICO
Carrera78c#71c16sur	Bogota	3203259024	mariaaeg12@hotmail.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	Prestación de Servicios como operaria de cocina	76.048	2.281.433

•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

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

Scanned with 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 39650402		ABRIL ESTUPIÑAN MARIA BERNARDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 78c # 71 c 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7191581	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	812682545	9470841372	I	2024/09/03	2024/07/31	BANCO ITAU	0	$176,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
1	CC	39650402	ABRIL MARIA		0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 39650402		ABRIL ESTUPIÑAN MARIA BERNARDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 78c # 71 c 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7191581	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	812682545	9470841372	I	2024/09/03	2024/07/31	BANCO ITAU	0	$176,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$176,100**	**$0**	**$0**	**$176,100**

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	8	2024	1

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Luz marina sandoval llanos	**39784130**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
transversal 5 L bis # 46-32 sur	**Bogota**	**3125198552**	marinasandoval130@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	Prestacíón de Servicios como Auxiliar de cocina	76,048	2,281,433

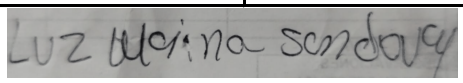
•De acuerdo a la ley 1819 de 2016, artículo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa

•Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal

•Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

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

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 39784130		SANDOVAL LLANOS LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal5bis#46-32sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013399	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	1000000803	9470317505	I	2024/09/09	2024/08/08	BANCO DE BOGOTA	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC 39784130	SANDOVAL LUZ	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 39784130		SANDOVAL LLANOS LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal5bis#46-32sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013399	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	1000000803	9470317505	I	2024/09/09	2024/08/08	BANCO DE BOGOTA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
CARMEN ALICIA RICO SALCEDO		**32753492**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 32 N 19a20	**Bogotá**	**3133181430**	ortenisrico@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

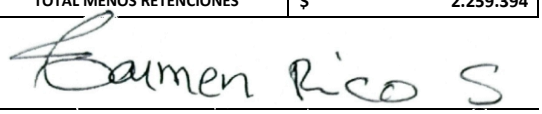
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Auxiliar 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.

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

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 32753492		RICO SALCEDO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 32 N° 19A-20 T 4 APTO 1202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8056310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	857976573	9470898985	I	2024/09/20	2024/08/21	NEQUI	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	32753492 RICO CARMEN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 32753492		RICO SALCEDO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 32 N° 19A-20 T 4 APTO 1202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8056310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	857976573	9470898985	I	2024/09/20	2024/08/21	NEQUI	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$384,100**	**$0**	**$0**	**$384,100**

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	8	2024	2

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Ludybia Olarte Aguilar	**5202739638**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 19 f 62-89	**Bogota**	**3202739638**	ludibyaolarte@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO 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 operaria de cocina	76.048	2.281.433

*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

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

Ludybia Olarte Aguilar

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Scanned with 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 52064576		OLARTE AGUILAR LUDYBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 f # 62-89 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7151746	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	843159725	9470750584	I	2024/09/18	2024/08/14	NEQUI	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	52064576	OLARTE LUDYBIA	231001	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
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0

2024/08/14 08:56 AM

Scanned with 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 52064576		OLARTE AGUILAR LUDYBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 f # 62-89 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7151746	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	843159725	9470750584	I	2024/09/18	2024/08/14	NEQUI	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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

2024/08/14 08:56 AM

Scanned with 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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Diana Paola Puerto López		**1022361748**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 24#35-53	**BOGOTA**	**3214558400**	paogaby28@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

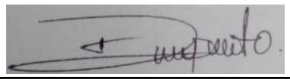
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios 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

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 1022361748		PUERTO LOPEZ DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra78ibis#50-86sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3947121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	872014241	9470453924	I	2024/09/11	2024/08/28	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	1022361748	PUERTO DIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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 1022361748		PUERTO LOPEZ DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra78ibis#50-86sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3947121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	872014241	9470453924	I	2024/09/11	2024/08/28	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
CESAR LEONARDO RAMIREZ MARTINEZ		**80177329**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
carrera 5 bis No 48r 32 sur	**BOGOTA**	**3013138165**	cesar1203@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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 80177329		RAMIREZ MARTINEZ CESAR LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 3 #1-64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013138165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	866209117	9471753049	I	2024/09/09	2024/08/26	NEQUI	0	$333,000

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)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$11,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$11,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$11,800		$0	$0
1	CC	80177329 RAMIREZ CESAR	230301	26	$1,126,667	$180,300	EPS008	26	$1,126,667	$140,900		0	$0	$0	14-23	26	$1,126,667	$11,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$11,800		$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 80177329		RAMIREZ MARTINEZ CESAR LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 3 #1-64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013138165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	866209117	9471753049	I	2024/09/09	2024/08/26	NEQUI	0	$333,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,300	$0	$0	$180,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,300	$0	$0	$180,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,800	$0	$0	$11,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,800	$0	$0	$11,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,900	$0	$0	$140,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,900	$0	$0	$140,900
TOTAL				1	$333,000	$0	$0	$333,000

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	NÚMERO
25	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	30	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
YULY ANDREA RUIZ		**1013583492**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 41 SUR # 12I- 14	**BOGOTA**	**3138809000**	yandre2512@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	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 servicios generales	74.641	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

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 1013583492		RUIZ GONZALEZ YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41sur #12i-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8400000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	854885852	9471208536	I	2024/09/20	2024/08/20	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	1013583492	RUIZ YULI	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 1013583492		RUIZ GONZALEZ YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41sur #12i-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8400000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	854885852	9471208536	I	2024/09/20	2024/08/20	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Nhorida lorena Paez ortigoza		**1110117385**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Kr13h#32a17s	**BOGOTA**	**3175784496**	nhorepli@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

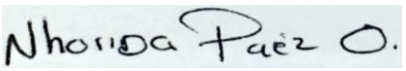
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios 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

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 1110117385		PAEZ ORTIGOZA NHORIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 13 H #32A-17	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
2024-08	2024-08	41445922	9470805145	I	2024/09/19	2024/08/23	BANCO DE OCCIDENTE	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	1110117385	PAEZ NHORIDA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 1110117385		PAEZ ORTIGOZA NHORIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 13 H #32A-17	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
2024-08	2024-08	41445922	9470805145	I	2024/09/19	2024/08/23	BANCO DE OCCIDENTE	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Katherine caballero Rodriguez		**52936999**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cll48zbis #5d26	**BOGOTA**	**3152071140**	Kathedana@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

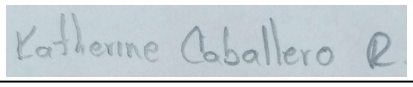
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios 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

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 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	868718881	9470952759	I	2024/09/23	2024/08/26	NEQUI	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC 52936999	CABALLERO KATHERINE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	868718881	9470952759	I	2024/09/23	2024/08/26	NEQUI	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$384,100**	**$0**	**$0**	**$384,100**

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	8	2024	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	8	2024	AL	31	8	2024

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
ANA BEATRIZ LEGUIZAMON OLARTE		**1013618967**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 46 # 23-39 sur	**BOGOTA**	**3125016340**	Betty.leguizamon@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

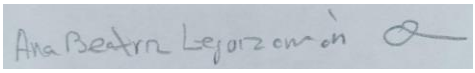
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Prestación de Servicios 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

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 1013618967		LEGUIZAMON OLARTE ANA BEATRIZ CLARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 23-39sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	59366232	9471566364	I	2024/09/16	2024/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
1	CC	1013618967	LEGUIZAMON ANA	X																	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013618967		LEGUIZAMON OLARTE ANA BEATRIZ CLARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 23-39sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	59366232	9471566364	I	2024/09/16	2024/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$384,100**	**$0**	**$0**	**$384,100**