Bogotá D.C. 31 de enero de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

CAROL LILIANA RUBIANO LOPEZ

CC. 53.006.430

La Suma de:

$2.500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de Servicios como capacitación y seguimiento al área de primeros auxilios y servicio de alimentos en el contrato 11028642024 modalidad Centro de Acogimiento Inicial correspondiente al mes de enero de 2025.

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

Cordialmente,

CAROL LILIANA RUBIANO LOPEZ
C.C 53.006.430 de Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado ni vinculado dos o más personas asociadas a mi actividad.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53006430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAROL LILIANA RUBIANO LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 67 A Nº 18 N 10 SUR	TELÉFONO:	8122073
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades combinadas de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7950579956**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/01/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1170561870

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 26.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 26.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 403.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 403.300**

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EB1393

2863
FC35814



ACOMPAÑAMIENTOS DOMICILIARIO ELEMIAH SAS

NIT 901288819-1
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: No responsable de IVA
Actividades económicas: 8699
Municipio: Bogotá, D.c. (Bogotá)
Dirección: DG 32 A SUR 4 47
Correo: acompanamientoselemiah@gmail.com
Teléfono: 3173799008



CUFE: 3bf16b3380b2954486ec309a2f13c05a0d2e6c3819ccbe9b194842e161770585b2da982129a8633fd646742ac0e9c6e9

Fecha de emisión 2025-01-31	**Fecha y hora de autorización** 2025-01-31 16:39:42	**Prefijo** EB	**Tipo de operación** Estandar
Fecha de vencimiento 2025-01-31	**Medio de pago** Instrumento no definido	**Forma de Pago** Contado	
Orden de referencia -			

Adquiriente

Nombres y apellidos: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

Número de documento NIT - 800250954-5	**Tipo de persona** Persona Jurídica	**Régimen fiscal** No responsable de IVA	**Tipo de responsabilidad** R-99-PN (No aplica – Otros)
Departamento Bogotá	**Municipio** Bogotá, D.c.	**Dirección** CL 22 D 18 48	**Teléfono** 8122073
Correo asistenteadmonnuevonacimiento@gmail.com			

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	SV05	HORA ORDINARIA DIURNA MES DE ENERO DE 2025	75,00	UNIDAD	$6.500,00	0%	0%		$487.500,00
2	SV06	HORA ORDINARIA NOCTURNA MES DE ENERO DE 2025	36,00	UNIDAD	$8.773,00	0%	0%		$315.828,00
3	SV07	HORA DOMINICAL DIURNA MES DE ENERO DE 2025	18,00	UNIDAD	$11.373,00	0%	0%		$204.714,00
4	SV08	HORA DOMINICAL NOCTURNA MES DE ENERO DE 2025	18,00	UNIDAD	$13.648,00	0%	0%		$245.664,00

Total Items: 4

Observaciones
FACTURA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DEL CONTRATO 11028632024 DEL MES DE ENERO DE 2025

Moneda			COP
Subtotal bruto	=		**$1.253.706,00**
Descuentos		-	$0,00
Recargos		+	$0,00
Subtotal neto	=		**$1.253.706,00**
Subtotal más impuestos	=		**$1.253.706,00**
ReteRenta		-	$50.148,24
ReteICA		-	$12.110,80
Total deducciones	=		**$62.259,04**
Total a pagar	=		**$1.191.446,96**

Número de autorización: 18764074308620
Rango Autorizado: desde EB 1001 hasta EB 2000
Expedida: 2024-07-03 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2026-07-03

Firma Digital:
GCsN1EtLRAXZKNi4USOn64tg4Zbu5X1XJoVtXNPRwgt9p1cqbVdicpUPbOUqlBCkuJhMEkjiWeG5njLRvN/2cz0HnFI2kY/uM+QQWEh7aXkCps5if59nyHO8J8NqSfpRB8OLHMKy7H0uBHQ+tujcGftGs49aF3HtPiHTZLseIji9ZkJWZwmqPUEO2q67wXDiAVOy26gc78mtcG4Tb8wL0Lbwa6yr1PbLts4TSXDSepUjvzhm8ZDANsoPujY5KMb/qB3KvFqmpeotJKM6pNODnshYW0Ca3rITXHxb/Bu5yiWVVe8e8myp4x7j9C9TAnFdVvs4dOjzPHfaCsfXcztw==

Bogotá D.C Enero 31 de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

LUZ MARINA PEREZ JIMENEZ
C.C. 52.213.892 DE BOGOTA

La Suma de:

$ 4.600.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios por capacitación como **COORDINADORA** en el Centro de Acogimiento Inicial La Alegría de Vivir contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 1 al 31 de Enero de 2025.

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

LUZ MARINA PEREZ JIMENEZ
C.C. 52.213.892 DE BOGOTA

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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 52213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 1c 40d 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7527242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1216824520	9479704478	I	2025/02/21	2025/01/24	NEQUI	0	$476,000

RESUMEN DE PAGO

RUBRO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,400	$0	$0	$262,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$262,400	$0	$0	$262,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,000	$0	$0	$205,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$205,000	$0	$0	$205,000
TOTAL				1	$476,000	$0	$0	$476,000

2025/01/24 12:57 PM

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 52213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 1c 40d 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7527242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	12168245?0	9479704478	I	2025/02/21	2025/01/24	NEQUI	0	$476,000

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	Días	IBC	Aporte
[illegible]							[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,640,000	$262,400			$1,640,000	$205,000			$0	$0			$1,640,000	$8,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliacos)							$1,640,000	$262,400			$1,640,000	$205,000			$0	$0			$1,640,000	$8,600		$0	$0
1	CC	52213892	PEREZ LUZ		25-14	30	$1,640,000	$262,400	EPS005	30	$1,640,000	$205,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,640,000	$8,600	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,640,000	$262,400			$1,640,000	$205,000			$0	$0			$1,640,000	$8,600		$0	$0

2025/01/24 12:57 PM

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 52213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 1c 40d 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7527242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1243053726	9481334434	N	2025/02/21	2025/02/04	NEQUI	0	$58,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$32,000	$0	$0	$32,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$0	$0	$1,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,100	$0	$0	$1,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,000	$0	$0	$25,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$25,000	$0	$0	$25,000
TOTAL				1	$58,100	$0	$0	$58,100

2025/02/04 01:54 PM

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 52213892		PEREZ JIMENEZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 1c 40d 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7527242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1243053726	9481334434	N	2025/02/21	2025/02/04	NEQUI	0	$58.100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$200,000	$32,000			$200,000	$25,000			$0	$0			$200,000	$1,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$200,000	$32,000			$200,000	$25,000			$0	$0			$200,000	$1,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$200,000	$32,000			$200,000	$25,000			$0	$0			$200,000	$1,100		$0	$0
1	CC	52213892	PEREZ LUZ	Z5-14	30	($1,640,000)	($262,400)	EPS005	30	($1,640,000)	($205,000)		0	$0	$0	14-11	30	($1,640,000)	($8,600)	0	$0	$0
2	CC	52213892	PEREZ LUZ	Z5-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS005	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,840,000	$9,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$200,000	$32,000			$200,000	$25,000			$0	$0			$200,000	$1,100		$0	$0

2025/0[illegible]4 01:54 PM

Bogotá D.C, Enero 31 de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO
C.C. 30.311.537 DE MANIZALES

La Suma de:

$ 2.500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVA** en el Centro de Acogimiento Inicial la alegría de Vivir contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 1 al 31 de Enero de 2025.

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO
C.C. 30.311.537 DE MANIZALES

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

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	30311537	CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO		CRA 40 NO 4F 26	3216432572	cpgonzalezo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83403757	$441.800	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

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	30311537	CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ OSORIO		CRA 40 NO 4F 26	3216432572	cpgonzalezo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83403757	$441.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	30311537	GONZALEZ OSORIO CLAUDIA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C 31 enero de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT 800250954-5

DEBE A:

Mayra Alejandra Guevara Bernal
C.C. 1.007.351.645 de
Bogotá

La Suma de:
$ 3.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Psicóloga** en el Centro de Acogimiento Inicial La Alegría de Vivir contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de enero de 2025.

SON: TRES MILLONES DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Mayra Guevara
Mayra Alejandra Guevara Bernal
CC. 1.007.351.645 de Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

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	1007351645	MAYRA ALEJANDRA GUEVARA BERNAL	Diagonal 51A Sur #27-43	3124127962	guevaramayra90@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	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83575198	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	1007351645	MAYRA ALEJANDRA GUEVARA BERNAL		Diagonal 51A Sur #27-43	3124127962	guevaramayra90@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	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83575198	$413.300	

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	PNL	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	1007351645	GUEVARA BERNAL MAYRA ALEJANDRA	57	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C enero 31 del 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO NIT 800250954-5

DEBE A:

Kelly Sorangy Parrado León
C.C. 1030615785 de Bogotá

La Suma de:
$ 3.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **Psicóloga** en el Centro de Acogimiento Inicial La Alegría de Vivir contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente al día 1 de enero al 31 de enero del 2025.

SON: TRES MILLONES DE PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Kelly Parrado
Kelly S. Parrado León
C.C1030615785 de Bogotá

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

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 1030615785		PARRADO LEON KELLY SORANGY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48B BIS SUR 72I 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7169238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1221772502	9480369722	I	2025/02/20	2025/01/27	NEQUI	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
1	CC	1030615785	PARRADO KELLY	X															Z3030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$441,800
Total Afiliados(1)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030615785		PARRADO LEON KELLY SORANGY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48B BIS SUR 72I 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7169238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1221772502	9480369722	I	2025/02/20	2025/01/27	NEQUI	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

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 1030615785		PARRADO LEON KELLY SORANGY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48B BIS SUR 72I 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7169238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1221772502	9480369722	I	2025/02/20	2025/01/27	NEQUI	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
1	CC	1030615785	PARRADO KELLY	X															Z30301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$441,800
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030615785		PARRADO LEON KELLY SORANGY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48B BIS SUR 72I 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7169238	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1221772502	9480369722	I	2025/02/20	2025/01/27	NEQUI	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

2025/01/27 09:20 AM

Bogotá D.C, 31 de enero de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

LAURA GERALDINE SANCHEZ BUITRAGO

CC: 1073.717.794 BOGOTÁ

La Suma de:

$3.090.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el Centro de Acogida Inicial con contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de enero de 2025.

SON: TRES MILLONES CERO NOVENTA MIL PESOS M/CTE

Cordialmente,

LAURA GERALDINE SANCHEZ BUITRAGO

CC: 1073.717.794 DE BOGOTÁ

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del ET. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1073717794 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2025-01	231001	800227940	COLFONDOS	1	0	227.800	0	227.800
Periodo salud:	2025-01	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	32084498 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	7.500	0	7.500
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-01-24	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1217457987	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
					GRAN TOTAL				$ 413.300

PAGADO

Bogotá D.C, 31 de enero de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

ANDREA GIRALDO LOZADA

CC: 1110518993 DE IBAGUE

La Suma de:

$3.000.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el Centro de Acogida Inicial contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de enero de 2025.

SON: TRES MILLONES DE PESOS M/CTE

Cordialmente,

Andrea Giraldo Lozada

ANDREA GIRALDO LOZADA

CC: 1110518993 DE IBAGUE

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del ET. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

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 1110518993		GIRALDO LOZADA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74a #78a 08 tabora	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5440730	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1217312383	9479726696	I	2025/02/21	2025/01/24	NEQUI	0	$439,300

RESUMEN DE PAGO

Nit	Codigo	Ref	Dv	#Planilla	Valor Liquidado	Intereses Mora	Multas e Incapacidades	Valor a Pagar
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$439,300	$0	$0	$439,300

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

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 1110518993		GIRALDO LOZADA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74a #78a 08 tabora	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5440730	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1217312383	9479726696	I	2025/02/21	2025/01/24	NEQUI	0	$439,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,300,000	$26,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,300,000	$26,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,300,000	$26,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1110518993	GIRALDO ANDREA	230303	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,300,000	$26,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Bogotá D.C., 31 de enero de 2025

CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL
NIT 800250954-5

DEBE A:

MICHAEL GEOVANNI VILLA RODRÍGUEZ
CC.1032.479.356

La suma de:
$ 3.080.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **PEDAGOGO** en el **CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL LA ALEGRIA DE VIVIR** (contrato 11028632024) correspondiente al periodo del 01 al 31 del mes de enero de dos mil veinticinco (2025).

TRES MILLONES OCHENTA MIL PESOS

Cordialmente,

MICHAEL GEOVANNI VILLA RODRÍGUEZ

CC. 1032.479.356

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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	1032479356	MICHAEL GEOVANNI VILLA RODRIGUEZ		Cr68b 1-05	3023625527	michael.villa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83025648	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	7.500				6.800	10	100	7.500			68	7.500	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	178.000	178000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	1032479356	MICHAEL GEOVANNI VILLA RODRIGUEZ		Crr68b 1-05	3023625527 / michael.villa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS: 1	UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83025648	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspe	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032479356	VILLA RODRIGUEZ MICHAEL GEOVANNI	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C, 31 de enero de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

MICHAEL FRANKLIN CURTIS ROJAS

CC: 1.013.634.332 BOGOTA

La Suma de:

$2.500.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como Tallerista en el Centro de Acogimiento inicial con contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de enero de 2025.

SON: DOS MILONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Michael Franklin curtis

MICHAEL FRANKLIN CURTIS ROJAS

CC: 1.013.634.332 BOGOTA

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del ET. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.

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 1013634332		CURTIS ROJAS MICHAEL FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 5 1a n 5b-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2468112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1216478828	9479924482	I	2025/02/10	2025/01/24	NEQUI	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1013634332 CURTIS MICHAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/01/24 10:44 AM

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 1013634332		CURTIS ROJAS MICHAEL FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 5 1a n 5b-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2468112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1216478828	9479924482	I	2025/02/10	2025/01/24	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALOR A FAVOR INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/01/24 10:44 AM

Bogotá D.C., 31 Enero de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

Debe a:
GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ
C.C. 1007418859 de Bogotá D.C

La suma de:
TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.800.000 COP)

POR CONCEPTO DE:
Prestación de servicios como **NUTRICIONISTA** en el CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL LA ALEGRÍA DE VIVIR (contrato 11-02863-2024), por el periodo correspondiente del 01 al 31 del mes de enero de dos mil veiticinco (2025).

Son:**TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 3.800.000 COP)**

Cordialmente,

GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ
C.C. 1007418859 de Bogotá D.C

De acuerdo al Art.383 y 388 del E.T., y para efectos de retención en la fuente, manifiesto que no tengo vinculadas ni subcontratadas personas para desarrollar mi actividad profesional. CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

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	1007418859	GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ	cr16 #63b-25	3247315933	benavides.marisel99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83621352	$420.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

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	1007418859	GIANNA MARISEL BENAVIDES JIMENEZ	cr16 #63b-25	3247315933	benavides.marisel99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83621352	$420.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colmena	Subtipo	Extranjero	Colmena retirado	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1007418859	BENAVIDES JIMENEZ GIANNA MARISEL	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ 1 AL 31 DE ENERO DEL 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ

C.C. 1070976665

LA SUMA DE: $ 2.660.000

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE ACOGIMIENTO INICIAL MIXTO CONTRATO 11-02863-2024 POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE 1 AL 31 DE ENERO DE 2025.

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS

CORDIALMENTE



AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ

C.C. **1070976665**

Para efectos de retención en la fuente del Art 383 y 388 del E.T manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o mas trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO (A) A FACTURAR

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-27, 09:29:30 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069153759 **Referencia pago(PIN)** 8842433090

Periodo Cotización 202501 **Periodo Servicio** 202501

Cliente:

PAGADA 2025-01-27

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURA THALIA CUEVAS HERNANDEZ				
Documento	CC 1070976665	**Dirección**	MANABLANCA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3229519503		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	FACATATIVA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1070976665						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	CUEVAS HERNANDEZ AURA THALIA	25269000 - 25		CUNDINAMARCA

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

Novedades																		Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	CCF22	2 %	$ 1.423.500	$ 28.500	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.800

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá D.C., 31 de enero de 2025

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

NIT 800250954-5

DEBE A:

JOSE TOVAR VARGAS

C.C 1.004.344.087

La suma de:

$ 2.400.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicio ejerciendo como FORMADOR (contrato 11-02863-2024) en el centro de acogimiento inicial correspondiente del 01 de enero hasta el 31 de enero del 2025. Por favor consignar a la siguiente cuenta : Davivienda tipo -ahorros #006400759129

SON: dos millones cuatrocientos M/CTE.

Cordialmente,

José Tovar Vargas

C.c 1.004.344.087

Para efectos de retención en la fuente del Art.383 y 388 del E.T., manifiesto bajo gravedad de juramento que no tengo he contratado ni vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004344087		TOVAR VARGAS JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 70 # 123-	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1217190870	9479665643	I	2025/02/20	2025/01/24	NEQUI	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

2025/01/24 03:03 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004344087		TOVAR VARGAS JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 70 # 123-	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1217190870	9479665643	I	2025/02/20	2025/01/24	NEQUI	0	$405,800

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1004344087	TOVAR JOSE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$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 1004344087		TOVAR VARGAS JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 70 # 123-	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
2025-01	2025-01	1226486654	9480988075	N	2025/02/20	2025/01/29	NEQUI	0	$7,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
TOTAL				1	$7,500	$0	$0	$7,500

2025/01/29 10:46 AM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004344087		TOVAR VARGAS JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 70 # 123-	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1226486654	9480988075	N	2025/02/20	2025/01/29	NEQUI	0	$7,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1004344087	TOVAR JOSE	230201	30	($1,423,500)	($227,800)	EPS002	30	($1,423,500)	($178,000)		0	$0	$0	14-11	0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	1004344087	TOVAR JOSE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/01/29 10:46 AM

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, Enero 31 de 2025

ASOCIACIÓN CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO
NIT 800250954-5

DEBE A:

JOAN SEBASTIAN CORTES NARANJO
C.C. 1.026.289.288

La Suma de:

$ 2.160.000

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como **FORMADOR** en el Centro de Acogimiento Inicial la Alegría de Vivir contrato 11-02863-2024 por el periodo correspondiente del 4 al 31 de Enero de 2025.

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE.

Cordialmente,

Joan Sebastian Cortes
JOAN SEBASTIAN CORTES NARANJO
C.C. 1.026.289.288

Para efectos de retención en la fuente del Art. 383 y 388 del E.T. manifiesto bajo gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad.

CERTIFICO QUE PERTENEZCO AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y NO ESTOY OBLIGADO A FACTURAR.