FUNDACION CELESTIN FREINET
NIT : 830142249- 7
CRA 136 136A 12
43
BOGOTA - COLOMBIA

Señores	BORDA MORENO DIANA PAOLA		
NIT	53,065,094-4		
Dirección	CRA 136 - A 136- 40		
Teléfono			
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	003-2023

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DS - 2024

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-03-03	2025-03-03

Código	Descripción	Unid	Cantidad	CodigoCentroCosto	Valor Total
5105950500	PRESTACION DE SERVICIOS 1 AL 28 FEBRERO 2025		0.00	1016 - 50	977,600.00

Total Bruto	977,600.00
Retenc. ICA	6,843.20
Total a Pagar	**$ 970,756.80**

CONDICION DE PAGO

Prestacion Servicios 970,756.80 Cuota 1 P - 003- 2023 Vence el 2025-03-03

VALOR EN LETRAS

Novecientos Setenta Mil Setecientos Cincuenta Y Seis Pesos M/Cte Con 80/100

OBSERVACIONES

PRESTACION DE SERVICIOS 1 AL 28 FEBRERO 2025

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Firma Elaborado por : ASISTENTE | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No**. 18764089855804 **aprobado en** 2025-03-03 **vigente** 24 Meses, **prefijo** DS **desde el número** 2001 **al** 9000

CUDS :d6260489389a69b2fccbfa82593ad90be342d426d1e67541c1e8f719c594a2f8668c99c40f7d7321ed76b6f2c62dc136

uenta de Cobro – Documento Equivalente No. _____
Trabajador Independiente

Fecha: _05 de Marzo 2025

FUNDACION CELESTIN FREINET
NIT. 830.142.249-7
Debe a:

Nombres completos: Diana Paola Borda Moreno

Identificación:
__53065094

Dirección **CALLE 145 # 154 46**

Teléfono:_____3134834240

Concepto: PAGO DE NOMINA

Valor:

$ 977600

Letra: NOVECIENTOS SETENTA Y SITE MIL SEICIENTOS PESOS

Certificado para retenciones 2025

1. Dando cumplimiento al requisito que señala el numeral 6.1 del artículo 1.2.4.1.6 del decreto 1625 de 2016: Los ingresos que percibo como persona natural por concepto de rentas de trabajo no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria por tanto aplicar lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.
2. Bajo la gravedad de juramento informo que **NO ()** declararé costos ni deducciones asociados a los honorarios o servicios incluidos en esta cuenta, por tanto la tarifa de retención que se me aplicara será la contenida en el artículo 383 del Estatuto Tributario factura, siempre y cuando supere la base de 95UVT ($4.731.000) en el mes .
3. Bajo la gravedad de juramento informo que **SI ()**declararé costos y deducciones asociados a los honorarios o servicios incluidos en esta cuenta, por tanto la tarifa de retención que se me aplicara será a la tarifa general contenida en el artículo 392 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Diana Paola Borda M

_____

_53065094_____

C.C :

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-26, 08:48:37 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1070676186

Nro Planilla Corregida: 1070582173 **Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822932744

PAGADO 26/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PAOLA BORDA MORENO		
Documento	CC53065094	**Dirección**	CL 137 #133 - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134834240
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

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 53065094	DIANA PAOLA BORDA MORENO	59	00	X	X							A								0	5	5	5	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 237.250	$ 38.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 237.250	$ 29.700	1,044	$ 237.250	$ 2.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.200
CC 53065094	DIANA PAOLA BORDA MORENO	59	00	X	X							C								0	5	5	5	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 244.000	$ 39.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 244.000	$ 30.500	1,044	$ 244.000	$ 2.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.200

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
$ 6.750	$ 6.750	$ 6.750	$ 0	$ 1.100	$ 800	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 2.000

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.



Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 21/02/2025 **Hora:** 12:35:45

Id Comercio: 20252 **No. Terminal:** 10761

Id Trx: 59353947 **Id Aut:** 148097

Comercio: PDP - KIOSCO-JUMBO SUBA

Dirección: CL 146 A 106 20

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: Simple S a Nuevo

Código convenio: 6347

Referencia de pago: 8822018624

Valor: $70.200,0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

Powered by CamScanner