Bogotá, D.C. 30 de mayo del 2025 No. DS 550

CUENTA DE COBRO

LA ASOCIACIÓN BENEFACTORA DE NIÑOS ASOBEN
BOGOTA
NIT 800219710-5

DEBE A
LEILA RAQUEL ALAPE ALAPE
C.C. NO.28866906 DE TOLIMA

Dos millones trescientos noventa y seis mil novecientos noventa y seis pesos ($2,396,996.) M/CTE

POR CONCEPTO DE

prestación de servicios como como auxiliar de servicios generales, del jardín infantil la florida, correspondiente al periodo comprendido del 1 al 30 de mayo del 2025 por un valor de $ 2,396,996

Leyla Raquel Alape

LEILA RAQUEL ALAPE ALAPE
MANIPULADOR DE ALIMENTOS
C.C. NO.28866906 DE TOLIMA
CEL: 3212603342
CL 77 G 43 73

ASOCIACION BENEFACTORA DE NIÑOS ASOBEN
Nit 800.219.710-5
AV 63 70 61
Tel: (601) 9205722
Bogotá - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 550

Proveedor	LEILA RAQUEL ALAPE ALAPE		
Nit	28.866.906-6	**Teléfono**	(601) 3212603342 - Ext. 000
Dirección	CL 77 G 43 73	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-05-28	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios como AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, del jardín infantil la Florida, correspondiente al periodo comprendido del 1 al 30 de mayo del 2025 por un valor de $2.396.996	1.00	2,396,996.00

Valor en Letras:
Dos millones trescientos noventa y seis mil novecientos noventa y seis pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Efectivo $ 2,396,996.00

Total Bruto	2,396,996.00
Total a Pagar	2,396,996.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764070225830 aprobado en 20240506 prefijo DS desde el nùmero 1 al 1000 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 4a42b1396d2cfca5cce4167b0eb10ca4e69c6199eb18d6a61ae75f352cef3d44a60294178d8879a9dd745c54b749ff96

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

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	28866906	LEILA RAQUEL ALAPE ALAPE	CLL 77 Q # 14 73	7807364	oscarmalambo.zero@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	
2025-05	2025-05	I	26/05/2025	86706010	$449.100	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	28866906	LEILA RAQUEL ALAPE ALAPE	CLL 77 Q # 14 73	7807364	oscarmalambo.zero@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	
2025-05	2025-05	I	26/05/2025	86706010	$449.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	28866906	ALAPE ALAPE LEILA RAQUEL	59	0			N

No.	INFORMACIÓN NOVEDADES															
	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

No.	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	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	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Pago Realizado con éxito!

Cuenta origen:	*******3017**
Valor Pagado:	**$449,100.00**
Número Comprobante:	**16057183**
Fecha y hora del pago:	**2025/05/25 7:39:03 PM**
ID Transacción:	**1506139715**
Número Factura:	**86706010**
Descripción del pago:	**MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**
Establecimiento de comercio:	**COMPENSAR-OI**
Referencia 1:	
Referencia 2:	**CC**
Referencia 3:	**28866906**
Costo transacción:	**$0.00**