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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | HARY MARCELA BELTRAN PRIETO | | |
| **NIT** | 1,010,172,253-1 | | |
| **Dirección** | CALLE 130 85 15 INT 7 | | |
| **Teléfono** | 3115089284 | | |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | 003-6163 |

**Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar**

**DS - 2484**

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-09-04 | 2025-09-04 |

| Código | Descripción | Unid | Cantidad | CodigoCentroCosto | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5110950200 | P.S. NOMINA DEL 01 DE AGOSTO AL 30 DE AGOSTO 2025 P.F. API | | 0.00 | 1016 - 50 | 1,639,911.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,639,911.00 |
| **Retenc. ICA** | 11,479.38 |
| **Total a Pagar** | **$ 1,628,431.62** |

**CONDICION DE PAGO**

Prestacion Servicios 1,628,431.62 Cuota 1 P - 003- 2484 Vence el 2025-09-04

**VALOR EN LETRAS**

Un Millon Seiscientos Veintiocho Mil Cuatrocientos Treinta Y Un Pesos M/Cte Con 62/100

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

**Firma Elaborado por : PEDRO NEL** | **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 :8044673acbe8aa8e2ac8f3b6c5654e00c4b3575bcacb2b430987710ba507f05d0ba3212ff28eaf869c503b4073f14770

Elaborado por: [illegible]

**Cuenta de Cobro – Documento Equivalente No. _____**
**Trabajador Independiente**

Fecha: 03 Agosto 2025

**FUNDACION CELESTIN FREINET**
**NIT. 830.142.249-7**
**Debe a:**

**Nombres completos:** Hary Marcelo Beltrán Prieto

**Identificación:** 1010172253

**Dirección** Calle 130 # 85-15.

**Teléfono:** 3115089284

**Concepto:** Prestación de servicios como profesional en atención a la primera infancia del 1 al 13 de Agosto 2025 en el jardín Piedra Verde.

**Valor:** $ 1639.911

**Letra:** Un millón seiscientos treinta y nueve mil novecientos once 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 ( X )** 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,

HARY BELTRÁN

C.C 1010172253

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 | 1010172253 | HARY MARCELA BELTRAN PRIETO | calle 130#85-15 MJ7 | 4962768 | harymarcelaprieto@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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 05/09/2025 | 89609683 | $190.500 | |

## 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 | 82.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 82.000 | 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 | 105.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 105.000 | 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 | 3.500 | | | | 3.500 | 0 | 0 | 3.500 | | | 35 | 3.500 | 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 | 82.000 | 82.000 |
| Pensión | 1 | 105.000 | 105.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 3.500 | 3.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 190.500 | 190.500 |

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 | 1010172253 | HARY MARCELA BELTRAN PRIETO | | calle 130#85-15 MJ7 | 4962768 | harymarcelaprieto@gmail.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. | 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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 05/09/2025 | 89609683 | $190.500 | |

## 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 | Estornudo | 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 | 1010172253 | BELTRAN PRIETO HARY MARCELA | 59 | 0 | | | N | | X | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 655.965 | 105.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 655.965 | 82.000 | 14-23 | 655.965 | 1 | 3.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

# Pago exitoso

Número de autorización 010202

Jueves, 4 de septiembre de 2025, 7:40:26 p. m.

## Detalle

$190.500

Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0 |
| Pago a: | COMPENSAR-OI |
| Débito desde: | Cuenta de Ahorros *7386 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| Fecha y hora inicio transacción | 2025-09-04 19:38:37 |
| NIT del comercio | 9998600669427 |
| Número de factura | 89609683 |
| Código Único de Seguimiento | 1753624467 |
| Dirección IP: | 200.118.60.232 |
| Referencia 1: | |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 1010172253 |