CUENTA DE COBRO

LA FUNDACIÓN CHAMINADE DEBE A:

HELLEN JOHANA PEREZ CARRANZA

Cantidad	*Descripción*	*Precio Unitario*	*TOTAL*
	Prestación de servicios como AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES del Jardín Portal de los Sueños del 02 al 12 de mayo del 2025. Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1819 de 2016 art 17,Y AL Art 383 del E.T. parágrafo 2, yo HELEN JOHANNA PEREZ CARRANZA identificada con cédula de ciudadanía número 1.026.579.421 de Bogotá, como persona natura actualmente residente en Colombia y como TRABAJADOR INDEPENDIENTE que durante el año calendario actual le estará cobrando rentas de trabajo po concepto de servicio como AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, suministro ustedes la siguiente información para definir el valor de retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo Actualmente no h contratado, vinculado o asociado empleados a mi actividad registrada en el RUT. Por lo tanto, me es aplicable sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos po honorarios y por compensación por servicios personales él Régimen del artículo 383 E.T. Me comprometo además que cuando la información antes suministrada sufra algún cambio o requiera ser actualizada se los manifestare oportunamente SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.	$ 878.899	$ 878.899
		Subtotal	$ 878.899
		TOTAL	$ 878.899

- Atentamente,

CC. 1.026.579.421

ACEPTADA (FIRMA Y SELLO)

o a solicitar autorización de facturación a la DIAN, Resolución 3878 y 5709 de 1996 expedidas por la DIAN"

FUNDACION CHAMINADE
Nit 900.065.413-2
DG 53 2 G 03 SUR
Tel: (6017358892)
Bogotá - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 3221

Proveedor	HELLEN JOHANNA PEREZ CARRANZA		
Nit	1.026.579.421-9	**Teléfono**	(601) 3106294713 - Ext. 000
Dirección	CALLE 51 C SUR NUMERO 5B 30	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-05-30	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Honorarios Jardín Prestación de Servicios mes mayo 2025	1.00	878,899.00	878,899.00

Valor en Letras:
Ochocientos setenta y ocho mil ochocientos noventa y nueve pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Pagos por cuenta bancaria $ 878,899.00

Total Bruto	878,899.00
Total a Pagar	878,899.00

Observaciones:
JARDIN PORTAL

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 18764069855878 aprobado en 20240429 prefijo DS desde el nùmero 2501 al 5000 Vigencia: Vigencia: 12 meses.

CUDS: eba8fc438cad5b8de485cf0c699b79f648522c9595af839e45e93fd9332de54e14ede5b04701dbbb8959e0d1de39c8c3

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	1026579421	HELLEN JOHANNA PEREZ CARRANZA		Calle 51CSUR 5B30	3133010619	hellen.perez.22@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	20/05/2025	86548756	$165.400	

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	71.200	0		0		0	0	0	0	71.200	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	91.200	0	0	0	0	0	0		91.200	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	3.000				3.000	0	0	3.000			30	3.000	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	71.200	71.200
Pensión	1	91.200	91.200
Riesgos Laborales	1	3.000	3.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	165.400	165.400

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	1026579421	HELLEN JOHANNA PEREZ CARRANZA		Calle 51CSUR 5B30	3133010619	hellen.perez.22@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

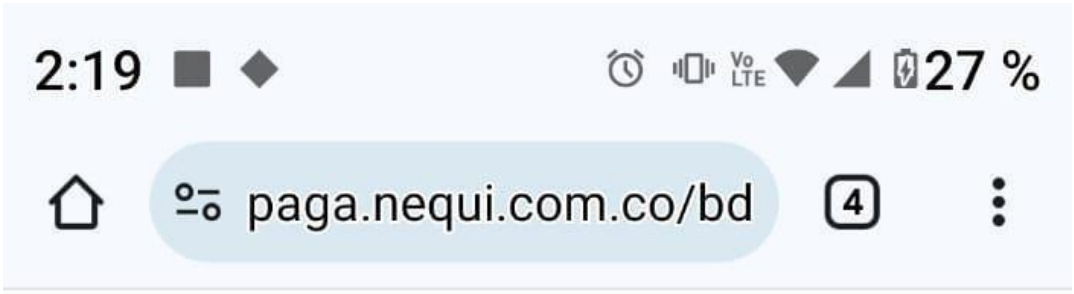
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	20/05/2025	86548756	$165.400	

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. en 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	1026579421	PEREZ CARRANZA HELLEN JOHANNA	59	0			N		X															230301	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS017	569.400	71.200	14-25	569.400	1	3.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
20 de mayo de 2025

CUS
1495280424

¿Cuánto?
$ 165.400,00

Factura de comercio