DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

Bogotá, JULIO 30 de 2025

CUENTA DE COBRO # 01

FUNDACION FER- JARDIN – LAS FLORES
NIT. 900.479.761-8

DEBE A:

YAMILE DEL CARMEN VARGAS OLAYA
C.C. 45.520.414
Régimen Simplificado

La suma de: **CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($479.399) MCTE.**

Por concepto de: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COMO PERSONAL DE ASEO E HIGIENE DEL 25 AL 30 DE JULIO.

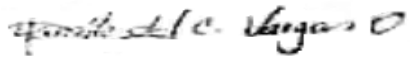
CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO A NO DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

Yo, YAMILE DEL CARMEN VARGAS, identificado con cédula de ciudadanía Como aparece al pie de mi firma, bajo la gravedad de juramento (Artículo 442 del Código penal) lo siguiente:

1) Que actualmente soy residente en Colombia y mis ingresos brutos provienen en un 80% o más de la prestación de servicios de manera personal o actividad por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal de cualquier otra naturaleza.
2) Que mis Ingresos Brutos Totales con corte a 31 de diciembre de 2024 como Asalariado, Independiente y/o Persona natural NO superaron $69.718.600
   Que mi patrimonio bruto con corte a 31 de diciembre de 2024 NO excedió la suma de $224.095.500
   Que mis compras y consumos NO superaron los $69.718.600, durante el año 2024
3) No he contratado o vinculado a 2 o más trabajadores o contratistas asociados a esta actividad.
4) Aplicar retención en la fuente según artículo del Estatuto Tributario 383 Parágrafo.

Solicito a ustedes que el valor de la cuenta de Cobro sea consignado a mi cuenta de Ahorros DAVIVIENDA No. 0550458200229300

Cordialmente,



YAMILE DEL CARMEN VARGAS OLAYA
C.C. 45.520.414
TEL: 3002460376

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
Nro. Doc.: DS10361
Fecha Emisión: 2025-08-05 17:02:41
Fecha validación: 2025-08-05 17:07:42-05:00

Nº Resolución: 18764088325997 **Prefijo:** DS **Consecutivo:** 10001 hasta 500000 **Fecha:** 2025-02-04 **hasta** 2026-02-04

Datos del Vendedor	Datos del Adquirente
Razón social/Nombre: YAMILE DEL CARMEN VARGAS OLAYA **NIT:** 45520414-0 **Actividad Económica:** **Dirección:** CR 108 A 140 48 - Bogotá, D.C - Bogotá - CO **Teléfonos:**	**Razón social/Nombre:** FUNDACION FER **NIT:** 900479761-8 **Dirección:** CALLE 134 A 91 77 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO **Teléfonos:** 3132587550 **Contacto:** SERGIO ESPINOSA **E-mail:** email@domain.com

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	02	1.00	94	Servicio - SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE 6 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2025 - 2025-08-05 - Por operación	479,399.00				479,399.00
Total Items		1							

Totales	
SUBTOTAL:	479,399.00
TOTAL Base Imponible:	0.00
TOTAL:	479,399.00
TOTAL en letras: Cuatrocientos Setenta Y Nueve Mil Trescientos Noventa Y Nueve Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Consignación bancaria		JUL2						

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	45520414	YAMILE DEL CARMEN VARGAS OLAYA	CL 128B 29C 06	3002460376	yamilevargasolaya@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88739075	$82.700	

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	35.600	0		0		0	0	0	0	35.600	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	45.600	0	0	0	0	0	0		45.600	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	1.500				1.500	0	0	1.500			15	1.500	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	35.600	35.600
Pensión	1	45.600	45.600
Riesgos Laborales	1	1.500	1.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	82.700	82.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	45520414	YAMILE DEL CARMEN VARGAS OLAYA		CL 128B 29C 06	3002460376	yamilevargasolaya@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	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88739075	$82.700	

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	Estornado	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	45520414	VARGAS OLAYA YAMILE DEL CARMEN	57	0			N	X																230301	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS017	284.700	35.600	14-11	284.700	1	1.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Luisa Fernanda Torres Sandoval!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 82.700
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 05/08/2025
CUS: 1678944337
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Powered by CamScanner