Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yeiny Victoria Martínez Rincón	**52707635**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Auto Norte 128d-40	**Bogota**	**3156978058**	yvictoriam2020@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade del 1 al 28 de febrero como coordinadora CCT cundinamarca.	176.634	5.299.020

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**5.299.020,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	51.189
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**5.247.831,5**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON	Autopista Norte 128d-40	6014611869	yvictoriam2020@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	
2026-02	2026-02	I	10/02/2026	49539110	$668.800	

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	265.000	0		0		0	0	0	0	265.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	339.200	0	0	0	0	0	0		339.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.400	0	0	42.400	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	265.000	265.000
Pensión	1	339.200	339.200
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	42.400	42.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	668.800	668.800

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	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON	Autopista Norte 128d-40	6014611869	yvictoriam2020@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	10/02/2026	49539110	$668.800

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	Exonerado	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	52707635	MARTINEZ RINCON YEINY VICTORIA	59	0			N																	230201	2.119.608	339.200	0	0	0	0	EPS008	2.119.608	265.000	14-23	2.119.608	2	22.200	CCF24	2.119.608	42.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Laura Alejandra Burgos Rubiano		**1010242962**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cra 12c # 9-46	**Mosquera**	**3133254820**	burgosslaura@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del 01 de febrero hasta el 28 de febrero del 2026 como trabajadora social CCT cundinamarca.	151.395	4.541.850

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**4.541.850,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.497.975,7**

Laura Burgos

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-06, 03:24:48 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1078809506

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823102052

PAGADO 06/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA ALEJANDRA BURGOS RUBIANO		
Documento	CC1010242962	**Dirección**	CR 12C #9 - 46
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133254820
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 1010242962	LAURA ALEJANDRA BURGOS RUBIANO	59	00																0		30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.816.734	$ 290.700	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.816.734	$ 227.100	1,044	$ 1.816.734	$ 19.000	(CCF21) CAFAM	$ 1.816.734	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 547.800

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
$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 227.100	$ 19.000	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 547.800	$ 0	$ 547.800

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.

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Rodrigo Javier Chaparro Bonilla	**88213092**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 17 No 4-49	Bogotá	3053037443	rodrigojchaparrob@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades de 01 febrero 28 , como Psicólogo del CCT Cundinamarca.	151.395	4.541.835

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del artículo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el parágrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**4.541.835,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.497.960,9**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88213092		CHAPARRO BONILLA RODRIGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No 4 - 49 CENTRO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	86102075	9499023407	I	2026/03/20	2026/02/24	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$536,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734	$19,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734	$19,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734	$19,000		$0	$0
1	CC	88213092	CHAPARRO RODRIGO	231001	30	$1,816,734	$290,700	EPS008	30	$1,816,734	$227,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,816,734	$19,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$0	$0			$1,816,734	$19,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88213092		CHAPARRO BONILLA RODRIGO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No 4 - 49 CENTRO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	86102075	9499023407	I	2026/03/20	2026/02/24	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$536,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,700	$0	$0	$290,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$290,700	$0	$0	$290,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,000	$0	$0	$19,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,000	$0	$0	$19,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,100	$0	$0	$227,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$227,100	$0	$0	$227,100
TOTAL				1	$536,800	$0	$0	$536,800

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sthefania Bolivar Montoya	1030656085	Bogotá

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 67 # 57 v 09 sur	Bogotá	3118621518	sthefaniabolivar07@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del 01 de febrero hasta el 28 de febrero 2026 , como Psicóloga del CCT cundinamarca.	151.395	4.541.835

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**4.541.835,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.497.960,9**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030656085		BOLIVAR MONTOYA STHEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 # 57 v 09 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118621518	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	77555830	9498945893	I	2026/03/19	2026/02/20	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$573,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1030656085	BOLIVAR STHEFANIA																		230201	30	$1,816,734	$290,700	EPS008	30	$1,816,734	$227,100	CCF21	30	$1,816,734	$36,400	14-23	30	$1,816,734	$19,000	30	$0	$0	No	$573,200
Total	**Afiliados(1)**																						$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$1,816,734	$19,000		$0	$0		$573,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030656085		BOLIVAR MONTOYA STHEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 # 57 v 09 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118621518	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	77555830	9498945893	I	2026/03/19	2026/02/20	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$573,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,700	$0	$0	$290,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$290,700	$0	$0	$290,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,000	$0	$0	$19,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,000	$0	$0	$19,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,400	$0	$0	$36,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$36,400	$0	$0	$36,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,100	$0	$0	$227,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$227,100	$0	$0	$227,100
TOTAL				**1**	**$573,200**	**$0**	**$0**	**$573,200**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Julian Ricardo Molano Bolaños	**1233696612**	**Bogota**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CRA 115ª #68-54	Bogotá	3013289846	julricharmolano@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 01 febrero al 28, como terapeuta ocupacional del CCT Cundinamarca.	151.395	4.541.835

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del artículo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el parágrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	**$**	**4.541.835,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.497.960,9**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1233696612	0	JULIAN RICARDO MOLANO BOLAÑOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 115A N 68 54		1234567			JULIRICHARMOLANO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36009653	I	2026-02-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	573.200	0	CONFIAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36009653	2026-03-04	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1233696612	MOLANO BOLAÑOS JULIAN RICARDO	1.816.734																	0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.816.734	290.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.816.734	227.100	COLSUBSIDIO-CCF22	1.816.734	36.400	1.816.734	19.000	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	573.200	N	2873001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1233696612	0	JULIAN RICARDO MOLANO BOLAÑOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 115A N 68 54		1234567			JULIRICHARMOLANO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36009653	I	2026-02-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	573.200	0	CONFIAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36009653	2026-03-04	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.816.734	1.816.734	1.816.734	1.816.734	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	290.700	0	0	0	290.700
PORVENIR	230301	800224808	8	1	290.700	0	0	0	290.700
EPS(Administradoras: 1)				1	227.100	0	0	0	227.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	227.100	0	0	0	227.100
ARP(Administradoras: 1)				1	19.000	0	0	0	19.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	19.000	0	0	0	19.000
CCF(Administradoras: 1)				1	36.400	0	0	0	36.400
COLSUBSIDIO	CCF22	860007336	1	1	36.400	0	0	0	36.400
Gran Total					573.200	0	0	0	573.200

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	1

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
6	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Adriana Valdés Ortiz		**1015453557**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 116B # 80a.69	**Bogotá**	**3172512526**	avonutricion@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
25	Ejecucion de actividade 6 de febrero al 28 de febrero, como nutricionista CCT cundinamarca.	151.395	3.784.875

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**3.784.875,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	36.562
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**3.748.313,1**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-26, 06:34:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079674909

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026

PAGADO 15/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA ESPERANZA VALDES ORTIZ		
Documento	CC1015453557	**Dirección**	CL 86A #113 - 27 TORRE 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2274576
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 1015453557	ADRIANA ESPERANZA VALDES ORTIZ	59	00		X															0	1	1	1	0	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 58.364	$ 7.300	2,436	$ 58.364	$ 1.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.200
CC 1015453557	ADRIANA ESPERANZA VALDES ORTIZ	59	00	X																0	5	5	5	0	(230301) PORVENIR	$ 291.818	$ 46.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 291.818	$ 36.500	2,436	$ 291.818	$ 7.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.400

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
$ 350.182	$ 350.182	$ 350.182	$ 0	$ 56.100	$ 43.800	$ 8.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.600	$ 400	$ 109.000

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.

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Hugo Andres Guerrero Ortiz		**1023894820**	**Bogota**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Dg 65 g sur # 80L 35	Bogotá	3125195671	hugoandresguerrero@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade de 01 febrero 28 , como Educador Fisico del CCT cundinamarca.	151.395	4.541.835

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**4.541.835,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**4.497.960,9**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ	calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@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	
2026-02	2026-02	I	06/02/2026	48407667	$547.800	

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	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	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	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	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	19.000				19.000	0	0	19.000			190	19.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.000	0	0	11.000	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	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	19.000	19.000
CCF	1	11.000	11.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	547.800	547.800

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	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ	calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@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	
2026-02	2026-02	I	06/02/2026	48407667	$547.800	

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	Exonerado	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	1023894820	GUERRERO ORTIZ HUGO ANDRES	59	0			N																	25-14	1.816.734	290.700	0	0	0	0	EPS005	1.816.734	227.100	14-23	1.816.734	2	19.000	CCF24	1.816.734	11.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Luz Myriam Medina Salamanca		**1023912324**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 40 a sur #9 este 75	Bogotá	3208240042	Luzmedina0891@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 Febrero al 28 , como Auxiliar de Enfermería CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U	C	S	D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1023912324-	LUZ MYRIAM MEDINA SALAMANCA	☑	☐	☐	☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2026	2	2026	4841287

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 40A Sur # 9-75 Este	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3208240042		luzmedina0891@gmail.com	9609	0	1	2026/02/06	42824369

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	218.900	0		0		0	218.900	0	0	0	218.900	0		0	0	218.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0	280.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	18.300		0	0	18.300

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	18.300		0	183	18.300

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,IMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	280.200	280.200
SALUD	218.900	218.900
RIESGOS LABORALES	18.300	18.300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	517.400	517.400

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1023912324	MEDINA SALAMANCA LUZ MYRIAM	EPS008	231001																				1.750.905	1.750.905	0	1.750.905	0			280.200	0	0	218.900	0

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yudi Andrea Bejarano Cortes	**1014209723**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 49bsur # 5f-18	Bogotá	3223075630	andreita.7704@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade1 Febrero al 28 , como Auxiliar de Enfermería CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-23, 02:38:43 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1078691571

Periodo Cotización: febrero de 2026 | Periodo Servicio: febrero de 2026 | Referencia pago 8810680497

PAGADA 06/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUDY ANDREA BEJARANO CORTES		
Documento	CC1014209723	Dirección	CALLE 86 # 95 23 bq d5 apt 404
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223075630
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	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 1014209723	YUDI ANDREA BEJARANO CORTES	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$1,750,905	$35,100	$0	$0	$0	$0	$576,900

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
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$280,200	$218,900	$42,700	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$576,900	$0	$576,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
OLGA ESTHER OSPINO FUENTES	**1116789414**	**ARAUCA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 98 SUR # 073 ESTE	Bogotá	3107629960	ospinoolga95@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade1 Febrero al 28 , como Auxiliar de Enfermería CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

Olga Ospino

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116789414		OSPINO FUENTES OLGA ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 98 sur 00 73 este b las orquideas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3107629960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000002742	9498064396	I	2026/03/04	2026/02/09	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC	1116789414 OSPINO OLGA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116789414		OSPINO FUENTES OLGA ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 98 sur 00 73 este b las orquideas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3107629960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000002742	9498064396	I	2026/03/04	2026/02/09	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$517,400

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Miguel Angel Moreno Matamoros	**1033714607**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 47 sur #12f - 30	**Bogotá**	**3227531320**	tamomiguel45@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del 01 al 28 de febrero como auxiliar de enfermeria del CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-09, 01:32:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079256081

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 06/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS		
Documento	CC1033714607	**Dirección**	DG 47DIA SUR #12 F - 30
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3227531320
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 1033714607	MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS	59	00																0		30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	1,044	$ 1.750.905	$ 18.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400	$ 0	$ 517.400

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.

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Adriana Astrid Moreno Rivera	**1033751610**	**Bogotá D.C.**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Kra 4 A este # 3-48 sur	**Bogotá**	**3224487692**	madriana2893@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

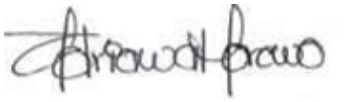
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividad del 01 al 28 de Febrero , como Facilitadora de CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el parágrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**



FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO	Kra 4 A este 3 -48 sur	3224487692	madriana2893@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	82372718	$543.400

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO	Kra 4 A este 3 -48 sur	3224487692	madriana2893@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	
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	82372718	$543.400	

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. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Alejandro Castellanos		**1023970663**	**Bogotá D.C.**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 39c Sur # 2i-30	**Bogotá**	**3103097271**	alejo.19982009@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del 01 al 28 de Febrero del 2026 como Facilitador del CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS		Cll 39C sur No 2 i 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
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	
2026-02	2026-02	I	09/02/2026	49042339	$576.900	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS	Cll 39C sur No 2 i 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	09/02/2026	49042339	$576.900

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	Exonerado	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	1023970663	CASTELLANOS CAMPOS ALEJANDRO	59	0			N																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700	CCF22	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
24	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Natalia Rosales Barbosa		**1030697464**	**Bogotá D.C.**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Tranv 78j #48b 08 sur	**Bogotá**	**3154069587**	natarosabar@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividad del 01 al 28 de Febrero , como Facilitadora de CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	1030697464	NATALIA ROSALES BARBOSA		Transversal 78J #48B-08 SUR	4547428	natarosabar@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	
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	51572716	$543.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030697464	NATALIA ROSALES BARBOSA	Transversal 78J #48B-08 SUR	4547428	natarosabar@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	
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	51572716	$543.400	

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. exterior	Exonerado	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	1030697464	ROSALES BARBOSA NATALIA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sandra Milena Bonilla Sorza	**53090232**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
TV 49B 70-78 SUR	**Bogota**	**3203884086**	bonillamilena40@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

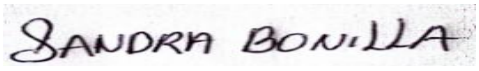
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del 01 al 28 de febrero, como Facilitadora CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET



FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA	CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@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	
2026-02	2026-02	I	11/02/2026	49918583	$517.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA	CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@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	
2026-02	2026-02	I	11/02/2026	49918583	$517.400	

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. exterior	Exonerado	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	53090232	BONILLA SORZA SANDRA MILENA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
NUBIA JIMENEZ JOJOA	**52089991**	**BOGOTA**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
KR21C ESTE 44 B 52	**SOACHA**	**3203707128**	nubiji16@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL	NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG	**900310195-2**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade de 01 febrerio 28 , como Degado Documental CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.524.680,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.500.291,6**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	52089991	NUBIA JIMENEZ JOJOA	soacha cra 21c este # 48 b 52	5970872	nubiji16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	06/02/2026	48395980	$517.400

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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	52089991	NUBIA JIMENEZ JOJOA		soacha cra 21c este # 48 b 52	5970872	nubiji16@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	06/02/2026	48395980	$517.400

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. exterior	Exonerado	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	52089991	JIMENEZ JOJOA NUBIA	59	0			N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	2

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
SANDRA SARMIENTO		**52237497**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 32 BIS 69 H SUR 03	**Bogota**	**3214164695**	sandrasarmiento1276@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 febrero 28, como auxiliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	2.355.128

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.128,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377,5**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52237497
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA SARMIENTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 32 BIS # 69 H - 03 SUR	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4643907301**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	590892

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 18.700	$ 100	$ 18.800
SUBTOTALES:										**$ 18.700**	**$ 100**	**$ 18.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 14.600	$ 0	$ 100	$ 0	$ 14.600	$ 100	$ 0	$ 14.700
SUBTOTALES:													**$ 14.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 14.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.300	$ 1.300	$ 100	$ 0	$ 1.400
SUBTOTALES:									**$ 1.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 1.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52237497	SARMIENTO SANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	29																	231001-COLFONDOS	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	EPS017-FAMISANAR	2	$ 116.727	$ 14.600	$ 0	$ 14.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	2	$ 116.727	52237497	$ 1.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 34.900

Planilla Pagada

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
LUZ MARINA SANDOVAL		**39784130**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
tv5 l bis 46-32 sur	**BOGOTA**	**3125198552**	marinasandoval130@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 01 Febrero28, como auxuliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	2.335.128

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.335.128**
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.557
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377**

Luz Marina Sandoval

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39784130		SANDOVAL LLANOS LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal5bis#46-32sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013399	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000001918	9498407080	I	2026/03/09	2026/02/09	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	39784130	SANDOVAL LUZ																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
CARMEN ALICIA RICO SALCEDO		**32753492**	**barranquilla**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
KR 32 19 A 20	**Bogota**	**32753492**	ortnsrico@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 febrero 28, como auxiliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	2.355.128

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.128,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377,5**

Carmen Rico

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32753492		RICO SALCEDO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 32 N° 19A-20 T 4 APTO 1202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8056310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	88843332	9499022749	I	2026/03/20	2026/02/25	NEQUI	0	$237,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC	32753492	RICO CARMEN		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32753492		RICO SALCEDO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 32 N° 19A-20 T 4 APTO 1202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8056310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	88843332	9499022749	I	2026/03/20	2026/02/25	NEQUI	0	$237,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$237,200**	**$0**	**$0**	**$237,200**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	12	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Ludybia Olarte Aguilar		52064576	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Carrera 19 f 62-89	Bogotá	3202739638	ludibyaolarte@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
12	Ejecucion de actividade del 1 al 12 de febrero , como auxiliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	942.048

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**942.048,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	9.100
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**932.948,0**

Ludybia Olarte Aguilar

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52064576		OLARTE AGUILAR LUDYBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 f # 62-89 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7151746	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	93001652	9499616543	I	2026/03/18	2026/02/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362		$7,400		$0	$0		$221,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362		$7,400		$0	$0		$221,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362		$7,400		$0	$0		$221,200
1	CC	52064576 OLARTE LUDYBIA		X																231001	12	$700,362	$112,100	EPS037	12	$700,362	$87,600	CCF21	12	$700,362	$14,100	14-23	12	$700,362	1.044%	$7,400	12	$0	$0	No	$221,200
Total		**Afiliados(1)**																				$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362		$7,400		$0	$0		$221,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,100	$0	$0	$112,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$112,100	$0	$0	$112,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$0	$0	$7,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,100	$0	$0	$14,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,100	$0	$0	$14,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,600	$0	$0	$87,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$87,600	$0	$0	$87,600
TOTAL				**1**	**$221,200**	**$0**	**$0**	**$221,200**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
13	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
KATERIN CABALLERO RODRIGUEZ		52936999	BOGOTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
cll 48 Z BIS 5 D 20	**BOGOTA**	3152071140	kathedana@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
18	Ejecucion de actividade 13 febrero28 , como auxiliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	1.413.072

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**1.413.072,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	13.650
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**1.399.421,7**

Katherine Caballero R.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	43638960	9497937129	I	2026/02/23	2026/02/09	NEQUI	0	$258,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
1	CC 52936999	CABALLERO KATHERINE	230301	15	$875,453	$140,100	EPS005	15	$875,453	$109,500		0	$0	$0	14-23	15	$875,453	$9,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	43638960	9497937129	I	2026/02/23	2026/02/09	NEQUI	0	$258,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,100	$0	$0	$140,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,100	$0	$0	$140,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,500	$0	$0	$109,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,500	$0	$0	$109,500
TOTAL				1	$258,800	$0	$0	$258,800

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	104803504	9498929420	I	2026/03/23	2026/03/16	NEQUI	0	$258,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0
1	CC 52936999	CABALLERO KATHERINE	230301	15	$875,453	$140,100	EPS005	15	$875,453	$109,500		0	$0	$0	14-23	15	$875,453	$9,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$875,453	$140,100			$875,453	$109,500			$0	$0			$875,453	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	104803504	9498929420	I	2026/03/23	2026/03/16	NEQUI	0	$258,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,100	$0	$0	$140,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,100	$0	$0	$140,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,500	$0	$0	$109,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,500	$0	$0	$109,500
TOTAL				1	$258,800	$0	$0	$258,800

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
LUIS EDUARDO ACHURY		**80215355**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
TRV 14 Q BIS 68A -53 SUR	**BOGOTA**	**3168448306**	juniorcol16@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD		CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30		Ejecucion de actividade 01 febrero 28, como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	2.355.120

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.120,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.750
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.369,5**

LUIS EACHURY

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	80215355	LUIS EDUARDO ACHURY PUENTES	calle 39 c sur #2 i 30	6015733566	iancarerey@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	
2026-02	2026-02	I	20/02/2026	53651322	$508.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	80215355	LUIS EDUARDO ACHURY PUENTES	calle 39 c sur #2 i 30	6015733566	iancarerey@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	
2026-02	2026-02	I	20/02/2026	53651322	$508.300	

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	Exonerado	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	80215355	ACHURY PUENTES LUIS EDUARDO	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
6	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
YULI ANDREA RUIZ GONZALEZ		**1013583492**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CER 13 B 42SUR 60	**Bogotá**	**3138809000**	andrejp2512@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
25	Ejecucion de actividade 6 ferero al 28, como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	1.962.600

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**1.962.600,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	18.959
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**1.943.641,3**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013583492		RUIZ GONZALEZ YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41sur #12i-14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8400000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	87708578	9500342087	I	2026/03/20	2026/02/25	NEQUI	0	$431,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$15,300		$0	$0		$431,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$15,300		$0	$0		$431,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$15,300		$0	$0		$431,200
1	CC	1013583492	RUIZ YULI	X																230201	25	$1,459,088	$233,500	EPS017	25	$1,459,088	$182,400		0	$0	$0	14-23	25	$1,459,088	1.044%	$15,300	0	$0	$0	No	$431,200
Total		**Afiliados(1)**																				$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$15,300		$0	$0		$431,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,500	$0	$0	$233,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$233,500	$0	$0	$233,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,300	$0	$0	$15,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,300	$0	$0	$15,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,400	$0	$0	$182,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$182,400	$0	$0	$182,400
TOTAL				1	$431,200	$0	$0	$431,200

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	1	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Nhorida Lorena Paez Ortigoza		**1110117385**	**Dolores (tolima)**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
ca 13 h #32a 17 sur	**Bogota**	**3175784496**	nhorepli@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 de febrero 28, como auxiliar de srvicios generales CCT cundinamarca.	78.504	$ 2.355.128

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.128,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377,5**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110117385		PAEZ ORTIGOZA NHORIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 13 H #32A-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3175784496	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	104802606	9498929334	I	2026/03/19	2026/03/02	NEQUI	0	$552,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$552,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$552,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$552,500
1	CC	1110117385 PAEZ NHORIDA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	No	$552,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$552,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$552,500**	**$0**	**$0**	**$552,500**

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD		EXPEDIA EN:
MAYERLIN ARIAS GIL		**52536497**		**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO	
TRV 6 B BIS 48 K65 SUR	**BOGOTA**	**3006756492**	mager7905@gmail.com	

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 01 febrero al 28, como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	2.355.120

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.120,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.750
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.369,5**

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@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
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	56431354	TOTAL A PAGAR	
					$482,900	

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	204,300	0		0		0	0	0	0	204,300	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	261,500	0	0	0	0	0	0		261,500	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	17,100				17,100	0	0	17,100			171	17,100	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	204,300	204,300
Pensión	1	261,500	261,500
Riesgos Laborales	1	17,100	17,100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	482,900	482,900

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	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@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	
2026-02	2026-02	I	24/02/2026	56431354	$482.900	

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	Exonerado	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	52536497	ARIAS GIL MAYERLIN	59	0			N	X																230301	1.634.178	261.500	0	0	0	0	EPS008	1.634.178	204.300	14-23	1.634.178	2	17.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
56431354	24/02/2026	65831272	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$34.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	14.600	0		0		0	0	0	0	14.600	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	18.700	0	0	0	0	0	0		18.700	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	1.200				1.200	0	0	1.200			12	1.200	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	14.600	14.600
Pensión	1	18.700	18.700
Riesgos Laborales	1	1.200	1.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	34.500	34.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
56431354	24/02/2026	65831272	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$34.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52536497	ARIAS GIL MAYERLIN	59	0			N	X																230301	1.750.905	28	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	28	218.900	14-23	1.750.905	28	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
ANA BEATRIZ CLARA LEGUIZAMON OLARTE		1013618967	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 46 23-39 SUR	**Bogota**	**6012688475**	clarinetes.leguizamon@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 febrero28 como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	$ 2.355.128

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET

TOTAL	**$**	**2.355.128,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377,5**

Ana Beatriz Leguizamon O

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013618967		LEGUIZAMON OLARTE ANA BEATRIZ CLARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 23-39sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	71379292	9498742231	I	2026/03/16	2026/02/17	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$528,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC 1013618967	LEGUIZAMON ANA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$10,600	14-23	30	$1,750,905	$18,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$18,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013618967		LEGUIZAMON OLARTE ANA BEATRIZ CLARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 23-39sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	71379292	9498742231	I	2026/03/16	2026/02/17	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$528,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,600	$0	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$528,000	$0	$0	$528,000

Documento equivalente a la factura de venta

Documento de obligatorio cumplimiento para operaciones con personas Naturales no responsables de iva

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	2	2026	11

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	2	2026	AL	28	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
BRIANEL DEL CARMEN JARAMILLO ANAYA		**26153684**	**Puerto Escindido**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 61 a sur # 81 d 31	**BOGOTA**	**3122437080**	brianel466gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

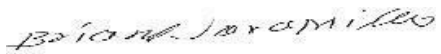
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 febrero al 28, como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	**$ 2.355.128**

Bajo la gravedad de juramento me permito certificar que:
Sobre los ingresos percibidos Si ( ) o No (x) se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decre único reglamentario 1625 de 2016.
Si No utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario.
En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por aplicar las retenciones con las tarifas tradicionales del articulo 392 del E.T (4%, 6%, 10% u 11%)

TOTAL	**$**	**2.355.128,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$**	**2.332.377,5**

Adicionalmente declaro que:
NO soy responsable de IVA conforme a los lineamientos mencionados en el paragrafo 3 del articulo 437 del ET



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-02, 03:39:29 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079222273

Periodo Cotización: febrero de 2026 | Periodo Servicio: febrero de 2026 | Referencia pago 8823484557

PAGADA 02/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BRIANEL DEL CARMEN JARAMILLO ANAYA		
Documento	CC26153684	Dirección	CLL 43C SUR#2 E 25-1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3122437080
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	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 26153684	BRIANEL DEL CARMEN JARAMILLO ANAYA	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1,750,905	$280,200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$1,750,905	$218,900	1.044	$1,750,905	$18,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$517,400

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
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$18,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$517,400	$0	$517,400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!