BOGOTÁ, D.C. 31 ENERO 2026 Cuenta de cobro DS 887

CUENTA DE COBRO

LA ASOCIACION BENEFACTORA DE NIÑOS ASOBEN
BOGOTA
NIT.800219710-5

DEBE A
LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNÁNDEZ
C.C. No. 1.014.262.757 de Bogotá

LA SUMA DE SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS
($ 752.900) M/CTE

POR CONCEPTO DE

Prestar los servicios de PROFESIONAL RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL para la implementación de los lineamientos pedagógicos y curriculares de educación inicial, del Jardín infantil Cofinanciado Villa Mary en el marco del proceso de atención integral a la primera infancia, durante periodo correspondido del 26 al 31 de enero del 2026.



LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNÁNDEZ
C.C. No. 1.014.262.757 de Bogotá
PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA
Cl 1 # 24 – 70 IN 20 AP 1003
3102409643

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

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 887

Proveedor	LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ		
Nit	1.014.262.757-2	**Teléfono**	(601) 3102409643
Dirección	CL 1 24 70 IN 20 AP 1003	**Ciudad**	Madrid - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-02-03	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de Servicio de PROFESIONAL RESPONSABLE del Jardín Infantil Cofinanciado Villa Mary, correspondiente al período de 26 al 31 de enero de 2026	1.00	752,900.00

Valor en Letras:
Setecientos cincuenta y dos mil novecientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Pagos por cuenta bancaria $ 752,900.00

Total Bruto	752,900.00
Total a Pagar	752,900.00

Observaciones:

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

CUDS: de225a6bcd3c82b763f9ed07c44b4c9d4188204c2e9a218fc27a7d20d72a7d12c273fd69f2a1d1175aa6898ab956b121

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014262757	LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ	Calle 1 # 24-70 int 20 apto 1003	7513979	liliarquezfer@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	46127878	$89.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	37.700	0		0		0	0	0	0	37.700	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	48.200	0	0	0	0	0	0		48.200	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	3.200				3.200	0	0	3.200			32	3.200	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	37.700	37.700
Pensión	1	48.200	48.200
Riesgos Laborales	1	3.200	3.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	89.100	89.100

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	1014262757	LILIANA MARGARITA ARQUEZ FERNANDEZ	Calle 1 # 24-70 int 20 apto 1003	7513979	liliarquezfer@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	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	46127878	$89.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014262757	ARQUEZ FERNANDEZ LILIANA MARGARITA	59	0			N	X																230301	301.167	48.200	0	0	0	0	EPS005	301.167	37.700	14-29	301.167	2	3.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

confiar coop | pse

¡PAGO REALIZADO CON ÉXITO!

Cuenta de origen	*******0524**
Valor a pagar	**$89,100.00**
nº comprobante	**16849583**
Fecha y hora	**05/02/2026 11:42**
ID Transacción	**39198496**
Número de Factura	**46127878**
Descripción pago	**MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**
Establecimiento	**COMPENSAR-OI**
Referencia 1	
Referencia 2	**CC**
Referencia 3	**1014262757**
Costo Transacción	**$0.00**



Imprimir



Descargar

TERMINAR