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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
IVON ANDREA CAMPOS REY		52727599	BOGOTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 39C SUR No 2 I - 30	BOGOTA	3222478154	ivonrey11@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 como de Coordinadora del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	51.189
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	5.247.831

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	52727599	IVON ANDREA CAMPOS REY	calle 39 c # 2 i 30 sur	000000000	ivonrey11@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
		67413387	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$626.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	626.400	626.400

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	52727599	IVON ANDREA CAMPOS REY	calle 39 c # 2 i 30 sur	000000000	ivonrey11@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
		67413387	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$626.400	

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 52727599	CAMPOS REY IVON ANDREA	59	0			N																	230201	2.119.608	30	339.200	0	0	0	0	EPS017	2.119.608	30	265.000	14-23	2.119.608	30	2	22.200		0	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
PAOLA ANDREA FORERO CEBALLOS	1013650275	BOGOTA

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 32 SUR No 41 -41	BOGOTA	3005712883	laopaforero@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 como de Trabajadora Social del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

Paola A. Forero C.

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 1013650275		FORERO CEBALLOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 32 SUR 41-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3055875	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	132174061	9500658410	I	2026/04/20	2026/03/11	NEQUI	0	$573,200

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)					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$1,816,734	$19,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$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			$1,816,734	$36,400			$1,816,734	$19,000		$0	$0
1	CC	1013650275	FORERO PAOLA	230301	30	$1,816,734	$290,700	EPS008	30	$1,816,734	$227,100	CCF24	30	$1,816,734	$36,400	14-23	30	$1,816,734	$19,000	30	$0	$0
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

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 1013650275		FORERO CEBALLOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 32 SUR 41-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3055875	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	132174061	9500658410	I	2026/04/20	2026/03/11	NEQUI	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
DANIELA TRUJILLO CUELLAR		1.075.276.843	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 181C No 13 - 54	Bogotá	3123579851	danielatrujillocu@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZÓN SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			900310195-2
DIRECCIÓN	**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 como de Psicologa del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	4.541.835
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

FIRMA PRESTADOR DE SERV

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DANIELA TRUJILLO CUELLAR
IDENTIFICACIÓN:	CC-1075276843
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-14
FECHA DE PAGO:	2026-03-11
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36543416
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36543416
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.816.734	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.100	$ 227.100
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.816.734	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.700	$ 290.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.816.734	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.000	$ 19.000
CCF32	891180008	COMFAMILIAR DEL HUILA	1	$ 1.816.734	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400	$ 36.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 573.200	$ 573.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/05/2026

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
DIANA VALENTINA ROBLES MARTINEZ	1.001.315.624	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
TRANSVERSAL 38A No 30 - 08	Bogotá	3156426000	rdianavalentina@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 como de Psicologa del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 articulos 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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

Diana V. Robles M.

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	1001315624	DIANA VALENTINA ROBLES MARTINEZ	Transversal 38 A #30-08 sur Apto 202	6013052704	rdianavalentina@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
		66611640	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$536.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	536.800	536.800

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	1001315624	DIANA VALENTINA ROBLES MARTINEZ	Transversal 38 A #30-08 sur Apto 202	6013052704	rdianavalentina@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
		66611640	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$536.800	

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 1001315624	ROBLES MARTINEZ DIANA VALENTINA	59	0			N																	25-14	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS001	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	2	19.000		0	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
DALIA AZUCENA CAJAMARCA OLARTE		52023360	BOGOTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CARRERA 18A No 182 - 58	BOGOTA	3194626337	daliacamajarca@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	Ejecución de actividades como de Terapeuta ocupacional del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	4.541.835
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

Dalia A Cajamarca 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 52023360		CAJAMARCA OLARTE DALIA AZUCENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 137-52A-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6158514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	150425131	9500475182	I	2026/04/16	2026/03/18	DAVIbank S.A.	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 52023360	CAJAMARCA DALIA	25-14	30	$1,816,734	$290,700	EPS037	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 52023360		CAJAMARCA OLARTE DALIA AZUCENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 137-52A-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6158514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	150425131	9500475182	I	2026/04/16	2026/03/18	DAVIbank S.A.	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA		1032494170	BOGOTA
DIRECCION	**CIUDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CRA 72 No 22D - 54	BOGOTÁ	3194190664	luzadriana.ruizquinchia@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL		NIT
FUNDACIÓN CONSTRUYENDO FUTURO ONG		900310195-2
DIRECCIÓN	**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 como Nutricionista - Dietista del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	4.541.835
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

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	1032494170	LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA	CRA 72 # 22D-54	3194190664	luzadriana.ruizquinchia@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
		67621807	18/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$573.200	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	36.400	0	0	36.400	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	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	19.000	19.000
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	573.200	573.200

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	1032494170	LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA	CRA 72 # 22D-54	3194190664	luzadriana.ruizquinchia@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
		67621807	18/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$573.200	

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 1032494170	RUIZ QUINCHIA LUZ ADRIANA	59	0			N	C																230301	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS008	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	2	19.000	CCF24	1.816.734	30	36.400	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
HERNANDO ORTIZ BOHORQUEZ		1032367287	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CARRERA 79 No 10 D - 95	Bogota	3046042663	MAMOOTS08@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 como de Edu. Fisico del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	43.874
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	4.497.961

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 1032367287		ORTIZ BOHORQUEZ HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 79 # 10 D 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4795604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	128398553	9501268482	I	2026/04/22	2026/03/10	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	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$1,816,734		$19,000		$0	$0		$573,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$1,816,734		$19,000		$0	$0		$573,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,816,734	$290,700			$1,816,734	$227,100			$1,816,734	$36,400			$1,816,734		$19,000		$0	$0		$573,200
1	CC	1032367287 ORTIZ HERNANDO																		25-14	30	$1,816,734	$290,700	EPS002	30	$1,816,734	$227,100	CCF21	30	$1,816,734	$36,400	14-23	30	$1,816,734	1.044%	$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

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
LUZ MYRIAM POVEDA APONTE		52061283	BOGOTA
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 63SUR No 14 - 84 ESTE	Bogotá	3208258673	luzmiriampov111@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 como Auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 articulos 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	$	2.500.292

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-25, 12:22:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079889062

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823808100

PAGADO 25/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MYRIAM POVEDA APONTE		
Documento	CC52061283	**Dirección**	CL 36F SUR #3 C - 34 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208258673
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 APP	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 52061283	LUZ MYRIAM POVEDA APONTE	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ		1032432580	Bogotá
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 73 A BIS SUR # 14P-10	Bogotá	3057721563	albysauxenfermeria2022@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 como Auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

Alba Barrera

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-06, 01:50:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079493698

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823765719

PAGADO 06/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ		
Documento	CC1032432580	**Dirección**	CL 73A SUR #14 P - 10 PISO 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3057721563
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 1032432580	ALBA ROCIO BARRERA RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

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.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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	NUMERO
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA		1072446653	MACHETA C/MARCA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 63SUR No 14 - 84 ESTE	Bogotá	3168463924	manuelorjuelaz90@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 como Auxiliar del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

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	1072446653	MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA	Calle 63 sur # 14-84 E	9091787	MANUELORJUELAZ90@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
		66616309	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

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	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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1072446653	MANUEL FERNANDO ORJUELA ZONA	Calle 63 sur # 14-84 E	9091787	MANUELORJUELAZ90@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
		66616309	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

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 1072446653	ORJUELA ZONA MANUEL FERNANDO	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
LEIDY SOFIA RODRIGUIEZ GARCIA	1031175908	BOGOTA

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 1B BIS No 06 - 7 este Dorado	Bogotá	3214118391	sofia021022@grnail.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 como Auxiliar de enfermeria del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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	$	2.500.292

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 1031175908		RODRIGUEZ GARCIA LEIDY SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 sur 34-75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	164633055	9501690351	I	2026/04/07	2026/03/24	NEQUI	0	$509,700

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			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$0	$0		$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			$0	$0		$0	$0
1	CC	1031175908	RODRIGUEZ LEIDY	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	CCF22	30	$1,750,905	$10,600		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$0	$0		$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 1031175908		RODRIGUEZ GARCIA LEIDY SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 sur 34-75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	164633055	9501690351	I	2026/04/07	2026/03/24	NEQUI	0	$509,700

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$10,600	$0	$0	$10,600
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	$509,700	$0	$0	$509,700

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	19	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
JOHN ALFREDO MORENO BARRERA		79956011	Bogota
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 6B No 80G - 95 TORRE 5	Bogota	3118473195	jamorenob1@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
19	Ejecución de actividades como Facilitador del 1 al 19 de Febrero 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	84.156	1.598.964

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	$	1.598.964
RETEFUENTE		
RETEICA	$	15.446
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	1.583.518



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	79956011	JOHN ALFREDO MORENO BARRERA	Cll6BN80G95torre5apt920	5236446	jamorenob1@hotmail.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	
2026-03	2026-03	I	24/03/2026	70037785	$541.800	

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	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	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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
CC	79956011	JOHN ALFREDO MORENO BARRERA		Cll6BN80G95torre5apt920	5236446	jamorenob1@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	24/03/2026	70037785	$541.800	

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	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. 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	79956011	MORENO BARRERA JOHN ALFREDO	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700		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	NUMERO
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
19	3	2026	AL	31	2	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
MILTON CESAR CRESPO TOVAR		80061512	Bogota
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Calle 22 No 1 - 80	Bogota	3012916893	mejoracontinua.sea@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	Ejecución de actividades como Facilitador del 19 al 31 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	84.156	1.009.872

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 articulos 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	$	1.009.872
RETEFUENTE		
RETEICA	$	9.755
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	1.000.117

FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 17-03-2026

17 MAR 2026
Cód. 604 Laura Daniela Castro Alfonso

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante a cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Valor a registrar por la EPS: 89.

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Cespedes | Segundo Apellido: Tovar | Primer Nombre: Milton | Segundo Nombre: Cesar
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 80061512
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Bogotá | Municipio: Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 01-01-1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI [ ] No [X] Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI [ ] No [X]
20. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COLSANITAS
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso Base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: CL 22 #4-80 este Chapinero
Teléfono: 3127168493 | Correo Electrónico: illspo@gmail.com
Departamento: Bogotá | Distrito: Santa Fe | Localidad/Comuna
Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5						80061512							

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
JULIA LILIANA LOPEZ GOMEZ		52718235	BOGOTA D.C
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 138A No 102A - 22	Bogotá	3125116424	lilipauty@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	Ejecución de actividades como Facilitadora del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

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 52718235		LOPEZ GOMEZ JULIA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 138A- 102A -22	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
2026-03	2026-03	161107345	9501720809	I	2026/04/10	2026/03/24	BANCO CAJA SOCIAL	0	$552,500

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	$35,100			$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	$35,100			$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	$35,100			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC	52718235	LOPEZ JULIA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS001	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	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	$35,100			$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 52718235		LOPEZ GOMEZ JULIA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 138A- 102A -22	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
2026-03	2026-03	161107345	9501720809	I	2026/04/10	2026/03/24	BANCO CAJA SOCIAL	0	$552,500

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
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	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	NUMERO
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
Ingrid Ivonne Borda Sierra		53038703	Bogotá
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Carrera 36a N15a-34	Soacha	3123046932	ingridibs@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades como Facilitadora del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-10, 01:50:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079518130

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822604160

PAGADO 10/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID IVONNE BORDA SIERRA		
Documento	CC53038703	**Dirección**	CR 36A #15 A - 34 SOACHA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123046932
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 APP	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 53038703	INGRID IVONNE BORDA SIERRA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
LORAINE ESTHER GIRALDO OSPINO		1082959811	SANTA MARTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 36B SUR No 10 B - 21	Bogotá	3212550927	loraine171113@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 como Facilitadora del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

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 1082959811		LORAINE ESTHER GIRALDO OSPINO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 36 b sur 10 b - 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212550927	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	151507776	9501610285	I	2026/04/07	2026/03/18	NEQUI	0	$508,300

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		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1082959811 GIRALDO LORAINE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

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	$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	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
KATHERINE NUÑEZ CARLOS		1022350024	BOGOTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CARRERA 91C No 5A - 45SUR	BOGOTA	3133878031	kathe8814@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 como Gestión documental del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.524.680
RETEFUENTE		
RETEICA	$	24.388
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.500.292

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	1022350024	KATHERINE NUÑEZ CARLOS	cra 91 c 5 a 45 sur ET 3 cs 70	3133878031	kathe8814@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
		69455391	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$552.500	

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	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
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	18.300	18.300
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.500	552.500

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	1022350024	KATHERINE NUÑEZ CARLOS	cra 91 c 5 a 45 sur ET 3 cs 70	3133878031	kathe8814@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
		69455391	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$552.500	

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 1022350024	NUÑEZ CARLOS KATHERINE	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	2	18.300	CCF24	1.750.905	30	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL						
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
JOHANNA MARCELA BELTRAN		52740185	BOGOTA
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 50B No 5C - 71 EL PORTAL	BOGOTA	3134983343	johannabio1281@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 como Aux. de cocina del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52740185
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHANNA MARCELA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 50BSUR#5-30	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4644139103**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
ESTADO:	PENDIENTE PAGO OTROS CANALES				

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL POR PAGAR
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 18.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.300**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 552.500**

Planilla NO Pagada

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
MERCEDES VELANDIA MEDINA	39658470	BOGOTA

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 87M No 59 - 70SUR	BOGOTA	3102043218	fresis67@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

Mercedes Velandia Medina

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 02:42:55 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079690885

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823902800

PAGADA 19/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MERCEDES VELANDIA MEDINA		
Documento	CC39658470	Dirección	CR 87M #59 - 70 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102043218
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 39658470	MERCEDES VELANDIA MEDINA	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS005) EPS SANITAS	$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!

¡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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
GLORIA JANETH MORENO ZAPATA		51821481	BOGOTA
DIRECCION	**CIUDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CARRERA 87M - No 59 - 70 sur	BOGOTÁ		janethmoreno66@hotmial.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACIÓN 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 como Aux. del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

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 51821481		MORENO ZAPATA GLORIA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR87M#59-70SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142091143	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	163781343	9501983201	I	2026/04/21	2026/03/24	NEQUI	0	$237,200

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)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$237,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$237,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$237,200
1	CC	51821481 MORENO GLORIA																		0		$0	$0	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$237,200
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$237,200

aportes en línea

Planilla Resumen

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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIDA EN:
JESUS DANIEL MARTINEZ SALGADO		1014242475	BOGOTA
DIRECCION	**CIUDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 40SUR No 13 - 04 BARRIO QUIROGA	Bogotá	3212387439	zeus_199304@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	Ejecución de actividades como Aux. de cocina del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 articulos 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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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 1014242475		MARTINEZ SALGADO JESUS DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur #13 03 barrio olaya	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212387439	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	167298615	9500639041	I	2026/04/20	2026/03/25	NEQUI	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	1014242475 MARTINEZ JESUS	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	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 1014242475		MARTINEZ SALGADO JESUS DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur #13 03 barrio olaya	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212387439	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	167298615	9500639041	I	2026/04/20	2026/03/25	NEQUI	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
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
LEIDY MUÑOZ RODRIGUEZ	1033726044	BOGOTA

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 78 SUR No 04 - 12	BOGOTA	3202755506	leidyrodriguez9030@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

Leidy Muñoz 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 1033726044		MUÑOZ RODRIGUEZ LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 SUR 04-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202755506	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000321	9500280794	I	2026/04/14	2026/03/16	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	1033726044	MUÑOZ LEIDY	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	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 1033726044		MUÑOZ RODRIGUEZ LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 SUR 04-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202755506	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000321	9500280794	I	2026/04/14	2026/03/16	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
DANY LUZ RICARDO ROMERO	1019087803	SAMPUES

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 15 No 15 - 46	BOGOTA	3223736568	ricardo_luz_1012@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZÓN 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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

Dany Luz R. R.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019087803
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANY RICARDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 80C N10A 50	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4643286511**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996189689

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 18.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 517.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 517.400**

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
YUZMARI JENNY NIZO PERDOMO	1019087803	SAMPUES

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CARRERA 4 No 6 - 36	BOGOTA	3194451903	nizoyusmari@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

Yuzmary Nizo

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-25, 07:14:26 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079958550

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823932443

PAGADA 24/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUZMARY JENNY NIZO PERDOMO		
Documento	CC1010185840	Dirección	CL 1A #5 A - 35 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3194451903
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

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 1010185840	YUZMARY JENNY NIZO PERDOMO	3	0																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	0.000	$0	$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$499,100

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	$0	$0	$280,200	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$499,100	$0	$499,100

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!

Powered by CamScanner

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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
LUISA FERNANDA BALLESTEROS ORTIZ	1033781894	BOGOTA

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 51C SUR No 5B 12	BOGOTA	3205790367	luisaballesteros2013@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

Luisa B.

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 1033781894		BALLESTEROS ORTIZ LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 51 csur 5b-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205790367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001010	9501693243	I	2026/04/24	2026/03/24	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	1033781894	BALLESTEROS LUISA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	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 1033781894		BALLESTEROS ORTIZ LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 51 csur 5b-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205790367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001010	9501693243	I	2026/04/24	2026/03/24	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
MARIA SANDRA VILLALBA VASQUEZ		28731835	FLANDES
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CALLE 15 No 19a - 159	BOGOTA	3142790922	mariasandravillalba@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

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 28731835		VILLALBA VASQUEZ MARIA SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 #19 A 159	SOACHA-CUNDINAMARCA	3142790922	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93006084	9501881032	I	2026/04/10	2026/03/25	BANCO DE OCCIDENTE	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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC 28731835	VILLALBA MARIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	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 28731835		VILLALBA VASQUEZ MARIA SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 #19 A 159	SOACHA-CUNDINAMARCA	3142790922	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93006084	9501881032	I	2026/04/10	2026/03/25	BANCO DE OCCIDENTE	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	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
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	31	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
OSCAR SIERRA MOYANO		80230995	BOGOTA
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
DIAGONAL 54D SUR No 1-09	BOGOTA	3222396683	sierramoyanooscar@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 como Servicios generales del 1 al 30 de Marzo 2026 en CCT SAMPER MENDOZA	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 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 paragrafo 3 del artículo 437 del ET

TOTAL	$	2.355.128
RETEFUENTE		
RETEICA	$	22.751
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	2.332.377

FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 12:09:52 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079839505

Periodo Cotización: marzo de 2026 | Periodo Servicio: marzo de 2026 | Referencia pago 8823615038

PAGADA 24/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR SIERRA MOYANO		
Documento	CC80230995	Dirección	DG 54D SUR #01 - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3222396683
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 80230995	OSCAR SIERRA MOYANO	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1,750,905	$280,200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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