Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON	Autopista Norte 128d-40	6014611869	yvictoriam2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66960371	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,119,608	$668.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	265.000	0		0		0	0	0	0	265.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	339.200	0	0	0	0	0	0		339.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.400	0	0	42.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	265.000	265.000
Pensión	1	339.200	339.200
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	42.400	42.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	668.800	668.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52707635	YEINY VICTORIA MARTINEZ RINCON	Autopista Norte 128d-40	6014611869	yvictoriam2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66960371	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,119,608	$668.800	

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 52707635	MARTINEZ RINCON YEINY VICTORIA	59	0			N																	230201	2.119.608	30	339.200	0	0	0	0	EPS008	2.119.608	30	265.000	14-23	2.119.608	30	2	22.200	CCF24	2.119.608	30	42.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	03	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	03	2026	AL	30	03	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Laura Alejandra Burgos Rubiano	**1010242962**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Carrera 12c # 9-46	Mosquera	3133254820	burgosslaura@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 01 al 30 marzo, como trabajadora social del CCT Cundinamarca.	151.395	4.541.835

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-12, 04:20:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079442705

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

PAGADO 11/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 1010242962	LAURA ALEJANDRA BURGOS RUBIANO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.816.734	$ 290.700	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.816.734	$ 227.100	1,044	$ 1.816.734	$ 19.000	(CCF21) CAFAM	$ 1.816.734	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 547.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 1.816.734	$ 290.700	$ 227.100	$ 19.000	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 547.800	$ 0	$ 547.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	03	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
01	03	2026	AL	30	03	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR OPRESTADORDE SERVICIO

NOMBRESCOMPLETOS Y APELLIDOS		NIT ODOC DE IDENTIDAD	EXPEDIAEN:
Rodrigo Javier Chaparro Bonilla		88213092	Bogotá
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cll 17 # 4 - 49	Bogotá	3053037443	rodrigojchaparrob@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900810195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 1 al 30 de marzo, como psicólogo en el Centro transitorio Cundinamarca	151.395	4.541.835

- Soy una persona natural no responsable de IVA
- De acuerdo a la ley 1819 de2016, articulo 340, no vincule a 2 o más trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al80% o más por servicios prestados de forma personal
- Los serviciosqpresto corresponden con los de una profesión licita

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

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	x



FIRMA PRE STADOR DE SERVICIOS

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	163706606	9500871426	I	2026/04/23	2026/03/24	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$536,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	163706606	9500871426	I	2026/04/23	2026/03/24	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	0	$536,800

RESUMEN DE PAGO

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
26	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	30	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Wendy Tatiana Coronel Rodriguez		**1013645012**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 5 # 26a-16	**Bogotá**	**3132234509**	coronelrodrigueztatiana@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade del 01 de marzo hasta el 30 de marzo del 2026, como psicóloga del CCT cundinamarca.	151.395	4.541.850

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Wendy Tatiana Coronel Rodriguez, identificado(a) con CC número 1013645012, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013645012
NOMBRES Y APELLIDOS	Wendy Tatiana Coronel Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/11/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Urgencias
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	15 - Proteccion Laboral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1013645012 Trabajador Independiente Desde 24/03/2026 - Vigente N.I.T. 901524977 MULTYMARCA SAS Desde 12/02/2026 Hasta 12/02/2026N.I.T. 901524979 ESTRATEGICOS EXPRESS SAS Desde 16/01/2026 Hasta 16/01/2026N.I.T. 901524943 DISTRYCOMERCIO SAS Desde 11/12/2025 Hasta 11/12/2025N.I.T. 901524957 MULTISERVICE INK SAS Desde 12/11/2025 Hasta 12/11/2025N.I.T. 901524977 MULTYMARCA SAS Desde 16/10/2025 Hasta 16/10/2025N.I.T. 901524979 ESTRATEGICOS EXPRESS SAS Desde 11/09/2025 Hasta 11/09/2025N.I.T. 901524943 DISTRYCOMERCIO SAS Desde 13/08/2025 Hasta 13/08/2025N.I.T. 901524957 MULTISERVICE INK SAS Desde 14/07/2025 Hasta 14/07/2025N.I.T. 901524977 MULTYMARCA SAS Desde 12/06/2025 Hasta 12/06/2025N.I.T. 901524979 ESTRATEGICOS EXPRESS SAS Desde 14/05/2025 Hasta 14/05/2025N.I.T. 901524943 DISTRYCOMERCIO SAS Desde 15/04/2025 Hasta 15/04/2025N.I.T. 901524957 MULTISERVICE INK SAS Desde 13/03/2025 Hasta 13/03/2025

Generado por interfaces 26/03/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Wendy Tatiana Coronel Rodriguez, identificado(a) con CC número 1013645012, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 26/03/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WENDY TATIANA CORONEL RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.645.012**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	11

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:
Julian Ricardo Molano Bolaños	**1233696612**	**Bogota**

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

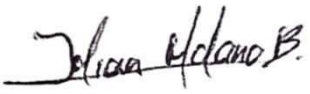
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 01 marzo al 31, como terapeuta ocupacional del CCT Cundinamarca.	151.395	4.541.835

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	36298506	I	2026-03-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	573.200	0	CONFIAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36298506	2026-04-07	Pagada							

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	36298506	I	2026-03-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	573.200	0	CONFIAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36298506	2026-04-07	Pagada							

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

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	2

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:
ADRIANA ESPERANZA VALDES ORTIZ		**1015453557**	**BOGOTA**
DIRECCION	CIUDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 116B # 80A-69	**BOGOTA**	**3172512526**	avonutricion@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividad de 1 de marzo al 31 de marzo, como nutricionista CCT cundinamarca.	151.395	4.541.850

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-26, 07:08:22 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080490768

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

PAGADO 14/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 1015453557	ADRIANA ESPERANZA VALDES ORTIZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 1.200	$ 543.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Hugo Andres Guerrero Ortiz		**1023894820**	**Bogota**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Dg 65 g Sur # 80L 36	Bogotá	3125195671	hugoandresguerrero@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades de 01 marzo al 30, como Educador físico de Cundinamarca.	151.395	4.541.835

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ	calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66582270	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$547.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.100	0		0		0	0	0	0	227.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	290.700	0	0	0	0	0	0		290.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.000				19.000	0	0	19.000			190	19.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.000	0	0	11.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.100	227.100
Pensión	1	290.700	290.700
Riesgos Laborales	1	19.000	19.000
CCF	1	11.000	11.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	547.800	547.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023894820	HUGO ANDRES GUERRERO ORTIZ	calle 40sur no 9b-25	3125195671	hugoandresguerrero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66582270	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,816,734	$547.800	

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 1023894820	GUERRERO ORTIZ HUGO ANDRES	59	0			N																	25-14	1.816.734	30	290.700	0	0	0	0	EPS005	1.816.734	30	227.100	14-23	1.816.734	30	2	19.000	CCF24	1.816.734	30	11.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
24	03	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
01	03	2026	AL	30	03	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Luz Myriam Medina Salamanca	**1023912324**	**Bogotá**

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
calle 40 a sur #9-75 este	**Bogotá**	**3208240042**	luzmedina0891@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 01 al 30 de marzo como auxiliar de enfermería de CCT Cundinamarca	84,156	2.524.680

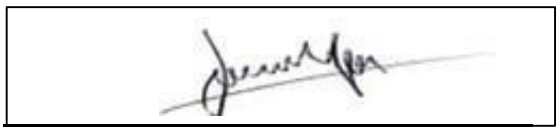
• De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa

• Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal

• Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

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

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	



FIRMA PRE STADOR 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	1023912324	LUZ MYRIAM MEDINA SALAMANCA	Calle 40A Sur # 9-75 Este	3208240042	luzmedina0891@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
		66485955	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023912324	LUZ MYRIAM MEDINA SALAMANCA	Calle 40A Sur # 9-75 Este	3208240042	luzmedina0891@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
		66485955	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

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 1023912324	MEDINA SALAMANCA LUZ MYRIAM	59	0			N																	231001	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		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Yudi Andrea Bejarano Cortes		**1014209723**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 49bsur # 5f-18	Bogotá	3223075630	andreita.7704@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividades del1 Marzo al 30, como Auxiliar de Enfermería CCT cundinamarca.	84.156	2.524.680

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-23, 05:03:10 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079453533

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

PAGADA 10/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1014209723	YUDI ANDREA BEJARANO CORTES	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$1,750,905	$35,100	$0	$0	$0	$0	$576,900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$280,200	$218,900	$42,700	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$576,900	$0	$576,900

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Olga Esther Ospino Fuentes	1116789414	Arauca

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 98 sur #073 ESTE	Bogota	3107629960	ospinoolga95@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 01 al 30 de Marzo de 2026, como Auxiliar de enfermeria en el CCT Cundinamarca	84.156	2.524.680

•Soy una persona natural no esponsable de iva

•De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa

•Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal

•Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

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

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	x

OLGA OSPINO

FIRMA PRESTADOR DE SERVICIOS

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001300	9499924807	I	2026/04/07	2026/03/12	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001300	9499924807	I	2026/04/07	2026/03/12	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

RESUMEN DE PAGO

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 08:55:34 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079439551

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 24/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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 1033714607	MIGUEL ANGEL MORENO MATAMOROS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	1,044	$ 1.750.905	$ 18.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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
22	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

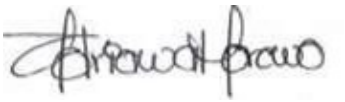
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividad del 01 al 30 de marzo, como Facilitadora de CCT Cundinamarca.	84.156	2.524.680

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO	Kra 4 A este 3 -48 sur	3224487692	madriana2893@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	20/03/2026	8390813086	$543.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO		Kra 4 A este 3 -48 sur	3224487692	madriana2893@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	20/03/2026	8390813086	$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Encontrado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033751610	ADRIANA ASTRID MORENO	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026		30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS	1023970663	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
CL 39 C sur 2 i 30	Bogotá	3103097271	alejo.19982009@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 1 al 30 de Marzo del 2026, como facilitador en el CCT Cundinamarca	84.156	2.524.680

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

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

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	x



FIRMA PRESTADOR DE SERVICIOS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS	Cll 39C sur No 2 i 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62794487	04/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023970663	ALEJANDRO CASTELLANOS CAMPOS	Cll 39C sur No 2 i 30	3677482	acastellanosc@correo.udistrital.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62794487	04/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

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 1023970663	CASTELLANOS CAMPOS ALEJANDRO	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	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
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026		30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Natalia Rosales Barbosa	1030697464	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Transversal 78j #48b 08 sur	Bogotá	315 4069587	natarosabar@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecución de actividades del 1 al 30 de Marzo del 2026, como facilitadora en el CCT Cundinamarca	84.156	2.524.680

- Soy una persona natural no esponsable de iva
- De acuerdo a la ley 1819 de 2016, articulo 340, no vincule a 2 o mas trabajadores para el desarrollo de mi actividad con la empresa
- Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
- Los servicios q presto corresponden con los de una profesión licita

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

Anexos marque con una x			
Aportes ARL	Aportes AFC	Aportes salud	RUT
x	x	x	x



FIRMA PRESTADOR DE SERVICIOS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030697464	NATALIA ROSALES BARBOSA	Transversal 78J #48B-08 SUR	4547428	natarosabar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66883798	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$543.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030697464	NATALIA ROSALES BARBOSA	Transversal 78J #48B-08 SUR	4547428	natarosabar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66883798	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$543.400	

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 1030697464	ROSALES BARBOSA NATALIA	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	1	9.200	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
24	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sandra Milena Bonilla Sorza		**53090232**	**Bogotá**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
TV 49B 70-78 SUR	**Bogota**	**3203884086**	bonillamilena40@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

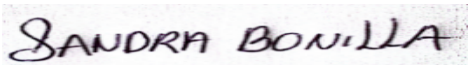
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA	CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69733239	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53090232	SANDRA MILENA BONILLA SORZA	CARRERA 49 # 70 78 SUR	7715940	Bonillamilena40@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69733239	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

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 53090232	BONILLA SORZA SANDRA MILENA	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	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS		NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
NUBIA JIMENEZ JOJOA		**52089991**	**BOGOTA**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
KR21C ESTE 44 B 52	**SOACHA**	**3203707128**	nubiji16@hotmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67154852	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67154852	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

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 52089991	JIMENEZ JOJOA NUBIA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	2	18.300		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
1	3	2026	3

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	24	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS	NIT O DOC DE IDENTIDAD	EXPEDIA EN:
Sandra Sarmiento	52,237,497	Bogota

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cra 32 bis #69h sur 03	Bogota	3214164695	sandrasarmiento1276@gmail.com

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
	Bogotá	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
24	Ejecucion de actividade del 1 al 24 de marzo como coordinadora CCT cundinamarca.	78.504	1.884.096

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	$	**1.884.096,0**
RETEFUENTE	$	-
RETEICA	$	18.200
TOTAL MENOS RETENCIONES	$	**1.865.895,6**



FIRMA PRESTADOR DE SERV

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 Febrero30 , como auxuliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	2.335.128

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

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

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

Luz Marina Sandoval

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000961	9500113286	I	2026/04/10	2026/03/11	BANCO DE BOGOTA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
1	CC	39784130 SANDOVAL LUZ																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

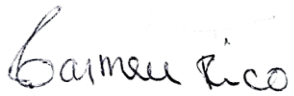
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	CUIDAD	No TELEFONICO	CORREO ELECTRÓNICO
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

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

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

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

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



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	161621955	9500920944	I	2026/04/23	2026/03/24	NEQUI	0	$237,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	161621955	9500920944	I	2026/04/23	2026/03/24	NEQUI	0	$237,200

RESUMEN DE PAGO

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 13 marzo , como auxiliar de cocina CCT cundinamarca.	78.504	2.355.120

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

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

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

Katherine Caballero R.

FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	168204541	9501023936	I	2026/04/24	2026/03/26	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 52936999	CABALLERO KATHERINE	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	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 52936999		CABALLERO RODRIGUEZ KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 Z BIS # 5C 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7694597	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	168204541	9501023936	I	2026/04/24	2026/03/26	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$517,400

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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

LUIS EACHURY

FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80215355	LUIS EDUARDO ACHURY PUENTES	calle 39 c sur #2 i 30	6015733566	iancarerey@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70074122	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80215355	LUIS EDUARDO ACHURY PUENTES	calle 39 c sur #2 i 30	6015733566	iancarerey@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70074122	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

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 80215355	ACHURY PUENTES LUIS EDUARDO	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VR TOTAL
30	Ejecucion de actividade 1 marzo al 30, como auxiliar de servicios generales CCT cundinamarca.	78.504	2.355.120

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	164200926	9502010561	I	2026/04/23	2026/03/24	NEQUI	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
1	CC	1013583492 RUIZ YULI																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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

FIRMA PRESTADOR DE SERV

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 1110117385		PAEZ ORTIGOZA NHORIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 13 H #32A-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3175784496	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001388	9502328935	I	2026/04/22	2026/03/30	BANCO DE BOGOTA	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	1110117385	PAEZ NHORIDA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	$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 1110117385		PAEZ ORTIGOZA NHORIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 13 H #32A-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3175784496	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001388	9502328935	I	2026/04/22	2026/03/30	BANCO DE BOGOTA	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
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$552,500	$0	$0	$552,500

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70072136		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52536497	MAYERLIN ARIAS GIL	TV 6 B BIS 48 K 65 SUR	3006756492	mager7905@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70072136		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

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 52536497	ARIAS GIL MAYERLIN	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	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

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

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

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

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

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

Ana Beatriz Leguizamon O

FIRMA PRESTADOR DE SERV

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000483	9500569072	I	2026/04/17	2026/03/24	BANCO DE BOGOTA	0	$528,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000483	9500569072	I	2026/04/17	2026/03/24	BANCO DE BOGOTA	0	$528,000

RESUMEN DE PAGO

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

Documento equivalente a la factura de venta

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

FECHA DE ELABORACIÓN

DD	MM	AAAA	NÚMERO
25	3	2026	12

PERIODO COBRADO DEL

DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA
1	3	2026	AL	30	3	2026

INFORMADOR DEL VENDEDOR O PRESTADOR DE SERVICIO

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

INFORMACION DEL COMPRADOR

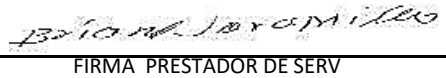
NOMBRES O RAZON SOCIAL			NIT
FUNDACION CONSTRUYENDO FUTURO ONG			**900310195-2**
DIRECCION	**CUIDAD**	**No TELEFONICO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Cl 35 sur No 23f 06	**Bogotá**	**601-2688475**	construyendofuturoong@gmail.com

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

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

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

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



FIRMA PRESTADOR DE SERV

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-02, 04:40:42 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080012390

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

PAGADA 30/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 26153684	BRIANEL DEL CARMEN JARAMILLO ANAYA	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1,750,905	$280,200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$1,750,905	$218,900	1.044	$1,750,905	$18,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$517,400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$18,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$517,400	$0	$517,400

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!