Ciudad: BOGOTÁ **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2026**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
CEDULA: 53.077.091
CUENTA BANCARIA: 3214207614 BANCO: DAVIPLATA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
LA SUMA DE: UN MILLÓN DOSCIENTOS ONCE MIL TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1'211.032)
PERIODO: 01 AL 30 DE ABRIL DE 2026

CONCEPTO: Prestación de servicios como profesional nutricionista y dietista en el Jardín Infantil Ángel Guardián Sede Norte durante 6 días (1, 7, 15, 22, 24 y 29) del mes de abril del 2026

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO X**_ a partir de la fecha Día_ **Mes** _ **Año** _ en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS Apoyo Campaña	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: UN MILLÓN DOSCIENTOS ONCE MIL TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1'211.032)
Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

NUBIA CAROLINA GARCÍA BRICEÑO
Coordinadora Jardín Infantil
C.C. 52.130.622

Aprobado por:

ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
Representante legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
CC.: 53.077.091
Dirección: KR 96 C # 22H - 30 / correo: andreco85@gmail.com – Cel 3214207614

Nota: Se debe anexar ´planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensiones y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA

Nit 830107985

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

DS	6670

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO			
JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN			
NIT o C.C.	53077091		Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764099086919 que habilita desde DS 6001 hasta DS 10000. Vence 2027-09-24
DIRECCION	KR 71 B bis 5 17		
CIUDAD		**TELÉFONO**	
Bogota D.C.		3214207614	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**		
29/04/2026	HONORARIOS MES ABRIL JI NORTE		

Descripción	Valor
Honorarios Otros Ventas	1.211.032

Valor en Letras

UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**1.211.032**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**11.699**
TOTAL DOCUMENTO	**1.199.333**

Firma del Vendedor o quien presta el servicio_____**C.C.**_____

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: 691ba692ce057135df7bb157ca8741703f78fb12fa5c49599f15da5cd3c598d965971d17e1b83566b0f86394ec9affb5 --Fecha y Hora de Expedición : 29/04/2026 19:30:07

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	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@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
		78058482	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,800,000	$567.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.800	0	0	10.800	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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	1	10.800	10.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	567.700	567.700

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN		calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
		78058482	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,800,000	$567.700	

DETALLE POR COTIZANTE

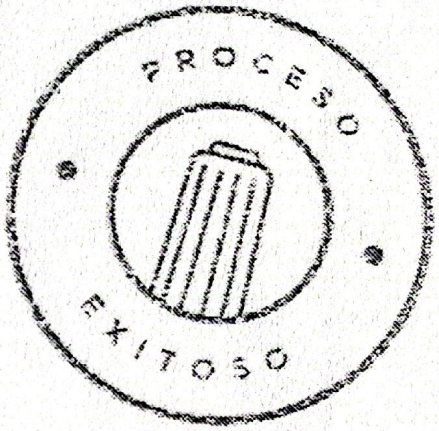
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjería	Autorizo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	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 53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0			N																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	30	225.000	14-23	1.800.000	30	3	43.900	CCF24	1.800.000	30	10.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Davi bank



Pago exitoso por $567,700

Destino:

COMPENSAR-OI

Referencia de pago (CUS ID):

257354082

Origen:

Cuenta de ahorros • 5909

Apr 27, 2026 - 02:20 PM

Powered by CamScanner