Cucunubá 20 de noviembre de 2023

MUNICIPIO DE CUCUNUBÁ
NIT 899.999.406-6

Documento equivalente a factura, (art.3 dec.522 de 2003)
No: 1 _____

Persona natural de quien se adquieren
los bienes y/o servicios: **FABIAN ANDRES PACHÓN MARTÍNEZ**

Nit/C.C.: 79.171.253 de Ubaté

Ciudad y Fecha de la operación: Cucunubá
PERIODO DE EJECUCION: **noviembre 05 de 2023 a noviembre 19 de 2023.**
No. CONTRATO: **110-03.03-151-2023-CD-PS**

Descripción de la operación	Cantidad	Valor Unitario	Total
POR CONCEPTO DE PAGO DE HONORARIOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO INSTRUCTOR PARA LA ESCUELA DE FORMACIÓN DE MÚSICA TRADICIONAL Y CUERDAS EN EL MUNICIPIO DE CUCUNUBÁ VIGENCIA 2023 No.**110-03.03-151-2023-CD-PS** DE 2023, CON FECHA DE INICIO EL 05 DE JUNIO DE 2023	OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE	$858.000	UN MILLÓN SETECIENTOS DIECISÉIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($858.000)
Nota: Cuenta de ahorros No 35595275740 Banco Bancolombia			
TOTAL:			$858.000

Certifico no tener contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada en la prestación de servicios.

Firma _____
C.C No 79.171.253 de Ubaté

V.o.B°

Powered by CamScanner

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	79171253	FABIAN ANDRES PACHON MARTINEZ	CALLE 8 N 6-43 LOCAL 2	8552746	alabanzando@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE		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	
2023-11	2023-11	I	14/11/2023	72406750	$382.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

VoBo

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	DESARROLLADO PARA PRESENTACIÓN DE TIPO
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NÚMERO SUCURSAL	CIIU/AA	REPRESENTANTE	CIUDAD - MUNICIPIO	
[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	PERIODO PAGO (APORTES)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APO
					1	0
CIUDAD - DEPTO	CIUDAD - MUNICIPIO				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	$350.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE																														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres																											
1	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PAGADA

V°B°

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

Powered by CamScanner