CUENTA DE COBRO

PAGO N° 003

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4°. DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380/96 DE LA LEY 223/95 SOBRE COMPRAS A PERSONAS NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS.

FECHA: **ABRIL DE 2024**

Yo **CLAUDIA VIVIANA PEREZ MONTOYA** identificada con la cedula de ciudadanía N°. **1.032.424.402 DE BOGOTA**

Manifiesto que la empresa: **El M.D.N.- EJÉRCITO NACIONAL- CENAC PERSONAL NIT: 900.385.079-8**

Me adeuda la suma de:

DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.500.000,00)

Por concepto de:

PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNOLOGA EN GESTIÓN EMPRESARIAL EN APOYO AL ÁREA DE GESTIÓN CONTRACTUAL DE LA DIRECCION DE ADQUISICIONES DEL EJÉRCITO NACIONAL

UNIDAD: DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES
RUBRO: (02-02-02-008-003-009)
NUMERO CDP: 6624 **16 de enero de 2024**
NUMERO CRP: 10224 del 30 de enero de 2024

NOTA: CIUDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: BOGOTÁ- CANTON CALDAS

CONTRATO No. 188 CENACPERSONAL 2024.

PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DE 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO $27.500.000,00

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que no soy responsable del impuesto a las ventas, por lo tanto y de acuerdo con el Art. 42 del Decreto 3541 de 1983 y Art. 511 del Estatuto Tributario, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Nombres y apellidos : **CLAUDIA VIVIANA PEREZ MONTOYA**
Identificación : **1.032.424.402**
Lugar de Residencia : **CARRERA 74 N 163 40 TORRE 5**
Teléfono : **3212613908**
Cuenta de Ahorros : **0142579069- (BBVA)**

Firma:

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	1032424402-0	CLAUDIA VIVIANA PEREZ MONTOYA	CR 74 # 163 - 40 torre 5 apto 202	3212613908	vivianamontoya2016@outlook.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-03	2024-03	I	18/04/2024	75613328	TOTAL A PAGAR	
					$382.600	

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	162.500	0		0		0	16	2.300	0	164.800	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	208.000	0	0	0	0	16	2.900	0	210.900	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	6.800				6.800	16	100	6.900			68	6.900	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	162.500	164.800
Pensión	1	208.000	210.900
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	382.600

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	1032424402-0	CLAUDIA VIVIANA PEREZ MONTOYA	CR 74 # 163 - 40 torre 5 apto 202	3212613908	vivianamontoya2016@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

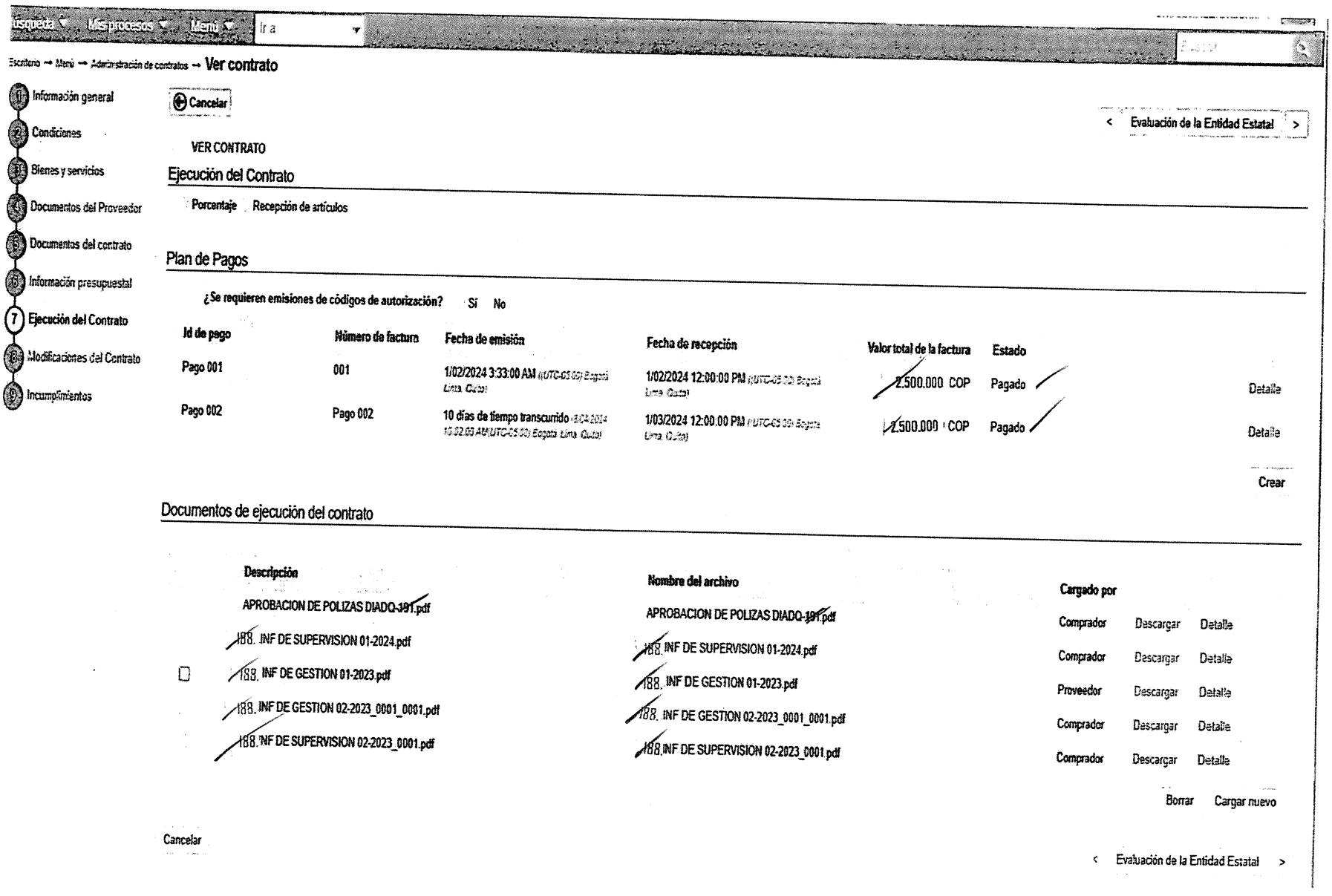
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-03	2024-03	I	18/04/2024	75613328	TOTAL A PAGAR	
					$382.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ITG	RET	TDP	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
CC	1032424402	PEREZ MONTOYA CLAUDIA VIVIANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 001
001
1/02/2024 3:33:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
1/02/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
2.500.000 COP
Pagado
Detalle
Pago 002
Pago 002
10 días de tiempo transcurrido (1/02/2024 10:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
1/03/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
2.500.000 COP
Pagado
Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
APROBACION DE POLIZAS DIADO-191.pdf
APROBACION DE POLIZAS DIADO-191.pdf
Comprador Descargar Detalle
INF DE SUPERVISION 01-2024.pdf
INF DE SUPERVISION 01-2024.pdf
Comprador Descargar Detalle
INF DE GESTION 01-2023.pdf
INF DE GESTION 01-2023.pdf
Proveedor Descargar Detalle
INF DE GESTION 02-2023_0001_0001.pdf
INF DE GESTION 02-2023_0001_0001.pdf
Comprador Descargar Detalle
INF DE SUPERVISION 02-2023_0001.pdf
INF DE SUPERVISION 02-2023_0001.pdf
Comprador Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >