31 de mayo de 2024

FUNDACIÓN PEPASO
NIT. 860.524.015-1

DEBE A:

BERTILDA SALAS CRUZ
C.C 40.270.565 de Mesetas
TEL. 3052451972
Carrera 76 A No. 62 F – 09 Sur

LA SUMA DE:

$ 2.333.867

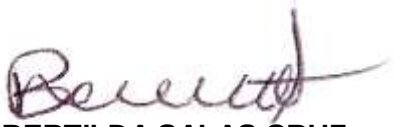
Dos Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Ochocientos
Sesenta y Siete pesos M/cte.

POR CONCEPTO DE:

Prestación de Servicios como RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL durante el periodo comprendido entre el quince (15) al dieciséis (16) de mayo de dos mil veinticuatro (2024) por ALISTAMIENTO el valor de $291.733 y del diecisiete (17) al treinta y uno (31) de mayo de dos mil veinticuatro (2024) por OPERACIÓN el valor de $2.042.133.

Sus labores fueron desempeñadas para el Jardín Infantil Caminos de la Vida, Localidad de Ciudad Bolívar, Zona 1 – Opción 2.

Cordialmente,



BERTILDA SALAS CRUZ
C.C. 40.270.565 de Mesetas
TEL. 3052451972
Carrera 76 A No. 62 F – 09 Sur

FUNDACION PEPASO
NIT: 860524015-1
Tel. 6472162
Email. contabilidadpepaso@gmail.com
Autorización No. 18764049788955 válida desde 31/05/2023 hasta 31/05/2024 rango desde DSE-1001 hasta DSE-5000.

Proveedor: BERTILDA SALAS CRUZ
NIT : 40270565-2
Dirección: CARRERA 76 A N 62 F 09, Bogotá, D.c., Bogotá, Colombia

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Total de Lineas: 1

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

DSE2354

MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**09:52:32**
FECHA FIRMADO:	**30/05/2024 15:01:46**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	05	2024	30	05	2024

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	049	RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL Prestación de Servicios del mes de Mayo 2024 en el Jardín Infantil Caminos de la Vida dentro del Convenio de Asociación No7618 de 2024. **Fecha inicio:** 30/05/2024 **Tipo periodo:** Por operación	94	1,00	$2.333.867,00		0,00	$2.333.867,00

SON: (dos millones trescientos treinta y tres mil ochocientos sesenta y siete pesos)
CUDS **: d717615e812247ff3b777f643f6863ee648ad3c8fe950fea72f880a4bf01127588dc1b0580b71c259123569df8f0eaa9**

Subtotal:	$2.333.867,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$2.333.867,00

Firma Digital: FBOBxg25+7G3057Yj1mOEGCQqX6y1HAFXBFXFXyUq4OfQwwuZXPsM/sIEwAPnkjI
nGrXBAkkYq+2bdVuWq8Y1xm2r3awFmaqJFkyrzUGwHCu6gwIrt
Dwmt5nbfBazmMV 8efVR9Wt30X4okJ6AkgUVoqc4UHp5Z6+N/9icdhH/9U3R2qSJreJwR+tq/PZ70pX 9me0hbKUhYW4ONrZNRwJGX4whgcCF4XdWA5
40X84ojJudzmnbAwE7r9s5X2RIvku E7UadEMUsb2MqXSDGXseHKJz7o2rknI9a9zdvlcexq5SWHRjBAU4uY/gwvbx0v5B /BOVUSunQvrPSK+6VbEa
Sw==

Representacíon impresa de Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

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	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ	KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	04/06/2024	77579633	$520.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	220.100	0		0		0	0	0	0	220.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	281.700	0	0	0	0	0	0		281.700	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	18.400				18.400	0	0	18.400			184	18.400	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	220.100	220.100
Pensión	1	281.700	281.700
Riesgos Laborales	1	18.400	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	520.200	520.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ		KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-05	2024-05	I	04/06/2024	77579633	$520.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	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	40270565	SALAS CRUZ BERTILDA	59	0			N																	231001	1.760.147	281.700	0	0	0	0	EPS008	1.760.147	220.100	14-23	1.760.147	2	18.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Pago Realizado con éxito!

Cuenta origen:	*******8372**
Valor Pagado:	**$520,200.00**
Número Comprobante:	**14996922**
Fecha y hora del pago:	**2024/06/03 19:39:06**
ID Transacción:	**680297523**
Número Factura:	**77579633**
Descripción del pago:	**MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**
Establecimiento de comercio:	**COMPENSAR-OI**
Referencia 1:	
Referencia 2:	**CC**
Referencia 3:	**40270565**
Costo transacción:	**$0.00**