Soacha, Cundinamarca; 30 de Junio de 2024.

CUENTA DE COBRO No 4

LA FUNDACION MUJERES DE NUESTRO FUTURO.
"FUMUNFU"
NIT. 900845972-5
SIN ANIMO DE LUCRO.

DEBE A:

LEIDY PAOLA MORA GARZON
CC: 20638440 de Gacheta Cundinamarca

LA SUMA DE:
$ 2.252 .225 (Dos millones doscientos cincuenta y dos mil, doscientos veinte cinco pesos.)

Por servicios prestados como Apoyo en Salud Y Nutrición en el municipio de SOACHA dentro del contrato N°0016 de 2023 para el desarrollo del contrato de aportes N°25002332024 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, en la modalidad DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR para la vigencia 2024. Del programa de atención integral a la primera infancia, durante el periodo comprendido del 01 de Junio al 30 de Junio del 2024.

OBJETO DEL CONTRATO: Profesional en salud en el municipio de Soacha que consistirá en: prestar el servicio de atención a niños y niñas menores de 5 años, o hasta el ingreso al grado de transición, con el fin de promover el desarrollo integral de la primera infancia con calidad, de conformidad con el lineamiento, el manual operativo y las directrices establecidas por el ICBF, en el marco de la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre, en el servicio Desarrollo Infantil en Medio Familiar.

Se anexa informe mensual, planilla de pago de seguridad social, cedula de ciudadanía y Rut.

Firma
Leidy Paola Mora Garzón
CC.: 20638440
Tel: 3505800848

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	20638440	LEIDY PAOLA MORA GARZON	Calle 3 No 22 80	3505800848	paomora1706@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-05	2024-05	I	26/06/2024	77161734	TOTAL A PAGAR	
					$388.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	13	1.700	0	164.200	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	13	2.200	0	210.200	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	Positive Seguros	860011153-6	13.600				13.600	13	200	13.800			136	13.800	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	164.200
Pensión	1	208.000	210.200
Riesgos Laborales	1	13.600	13.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	388.200

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	20638440	LEIDY PAOLA MORA GARZON		Calle 3 No 22 80	3505800848	paomora1706@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-05	2024-05	I	26/06/2024	77161734	$388.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cot.exte	Sub/tipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Economía	INGR	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	20638440	MORA GARZON LEIDY PAOLA	SS	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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