FUNDACION CELESTIN FREINET

NIT : 830142249- 7
CRA 136 136A 12
43
BOGOTA - COLOMBIA

Señores	ALDANA DURAN MAYRA ALEJANDRA		
NIT	1,015,404,652		
Dirección	CALLE		
Teléfono	6899449		
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	Factura Proveedor	003-1519

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DS - 1519

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2024-05-31	2024-06-30

Código	Descripción	Unid	Cantidad	CodigoCentroCosto	Valor Total
5105950500	PRESTACION DE SERV DEL 12 AL 31 MAYO 2024		1.00	1016 - 50	2,321,800.00

Total Bruto	2,321,800.00
Retenc. ICA	16,252.60
Total a Pagar	**$ 2,305,547.40**

CONDICION DE PAGO

Prestacion Servicios 2,305,547.40 Cuota 1 P - 003- 1519 Vence el 2024-06-30

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Trescientos Cinco Mil Quinientos Cuarenta Y Siete Pesos M/Cte Con 40/100

OBSERVACIONES

PRESTACION DE SERV DEL 12 AL 31 DE MAYO 2024

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Firma Elaborado por : ASISTENTE | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764054295032 **aprobado en** 2023-08-22 **vigente** 12 Meses, **prefijo** DS **desde el número** 1001 **al** 2000

CUDS :05442b7f837853406390025bbf8610ecf5526a08555734c9c47a5bc87da7bdb6b22b8a828f0fd280373565a4f1244940

Bogotá, 29 del 05 2024

CUENTA DE COBRO No. 5

Mayo

FUNDACION CELESTIN FREINET

NIT: 830.142.249-7

DEBE A

Mayra Alejandra Aldana Durán

CC 1015404652

LA SUMA DE: Dos millones trescientos veintiun mil ochosientos pesos m/cte.

2'321.800.00

POR CONCEPTO DE : Nómina de mayo

CANT	CONCEPTO O DESCRIPCIÓN	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA DEL 12 AL 31 DE DEL MES 05 2024 EN EL JARDIN PIEDRA VERDE	122.886	2'321.800
Observaciones Autorizo para que el pago se realice a traves de transferencia a la cuenta de ahorros Banco de BOGOTA Número 237587191		SUBTOTAL	2'321.800
		ANTICIPO	0
		TOTAL	2'321.800

Certifico bajo la gravedad de juramento que SI ____NO__X__ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica. Num 6, Art 1, Dec 359 de Marzo de 2020.

Anexo copia del pago de aportes al sistema de seguridad social SI__X___ NO_____

NOMBRE Mayra Alejandra Aldana Duran

C.C 1015404652

DIRECCION Cll. 133 #127-20

CEL 3203806869

EMAIL: alejita880427@hotmail.com.

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	1015404652	MAYRA ALEJANDRA ALDANA DURAN		CALLE 133 # 127 20 CASA 18 ETAPA 2	3203806867	alejita880427@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	04/06/2024	77519504	$465.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano exterior	Extranjero	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
CC	1015404652	ALDANA DURAN MAYRA ALEJANDRA	67	0			N																	230301	1.475.000	236.000	0	0	0	0	EPS008	1.475.000	184.400	14-4	1.475.000	2	15.400	CCF24	1.475.000	29.500	0	0	0	0	0

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	1015404652	MAYRA ALEJANDRA ALDANA DURAN	CALLE 133 # 127 20 CASA 18 ETAPA 2	3203806867	alejita880427@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	04/06/2024	77519504	$465.300	

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	184.400	0		0		0	0	0	0	184.400	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	236.000	0	0	0	0	0	0		236.000	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	15.400				15.400	0	0	15.400			154	15.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.500	0	0	29.500	1

TOTALES PARAFISCALES

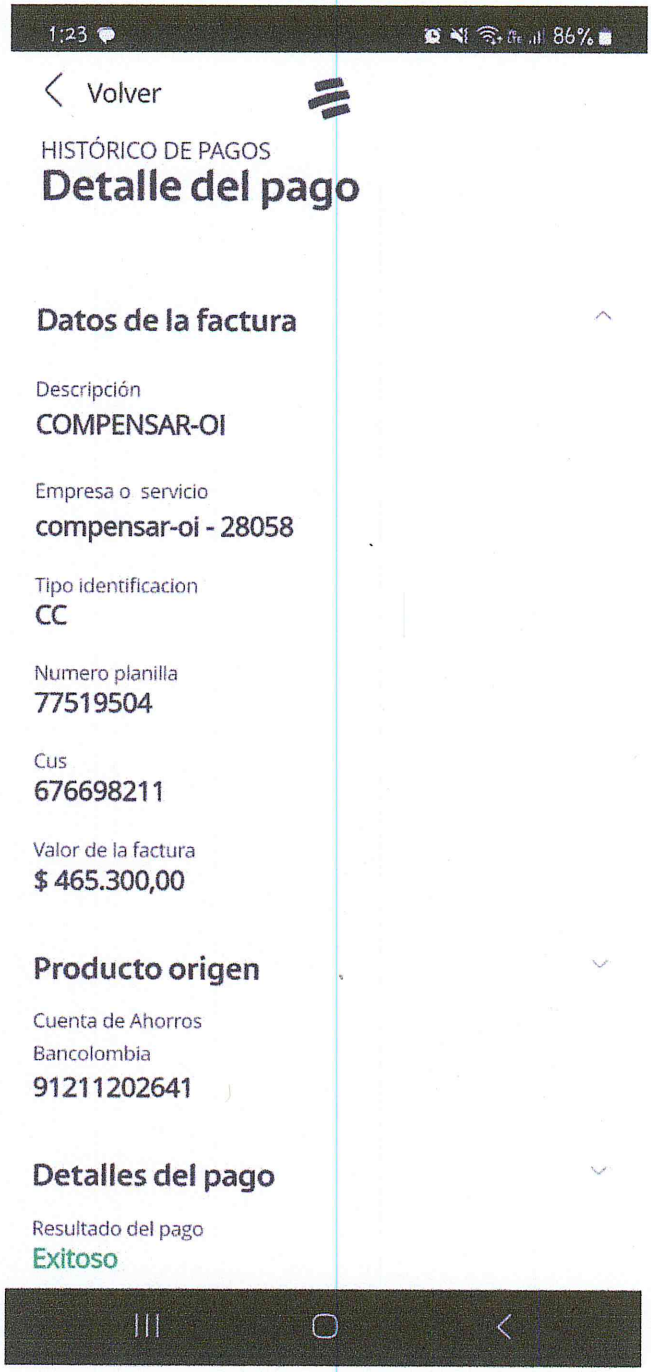
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	184.400	184.400
Pensión	1	236.000	236.000
Riesgos Laborales	1	15.400	15.400
CCF	1	29.500	29.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	465.300	465.300

PAGADA

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


1:23
86%
Volver
HISTÓRICO DE PAGOS
Detalle del pago
Datos de la factura
Descripción
COMPENSAR-OI
Empresa o servicio
compensar-oi - 28058
Tipo identificacion
CC
Numero planilla
77519504
Cus
676698211
Valor de la factura
$ 465.300,00
Producto origen
Cuenta de Ahorros
Bancolombia
91211202641
Detalles del pago
Resultado del pago
Exitoso