Bogotá, mayo 30 de 2024.

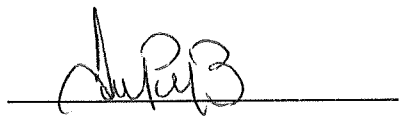
ASUNTO:

**CUENTA DE COBRO POR PRESTACION DE SERVICIOS.**

Cordial saludo.

La fundación Acepta el Cambio Para Vida Nueva, debe a **JENNY ZORAYA PALACIOS BEJARANO** Identificada con CC **: 52305793** de **BOGOTA** por concepto de prestación de servicio como **PROFESIONAL DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA** en calidad de contratista independiente a partir del 16 de mayo del 2024 y hasta el 30 de mayo de 2024 la suma de **1'833.000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL pesos m/ct** para lo correspondiente me permito anexo a este documento Planilla de aportes para fiscales, mes de **mayo** Comprobante de pago de la misma. Agradezco su amable atención a la presente, por favor efectuar el pago a la cuenta bancaria que fue entregada durante el proceso de contratación.

Atentamente:



**JENNY ZORAYA PALACIOS BEJARANO**
**CC 52305793 de BOGOTA**
**TEL: 3138686400**
**Correo electrónico. jpalacios29o@hotmail.com**

# FUNDACION ACEPTA EL CAMBIO PARA VIDA NUEVA

**Nit 900077259**

**Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar**

| **FCE** | **194** |
|---|---|

**Cuenta de Cobro No.**

| **NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO** | | |
|---|---|---|
| JENNY ZORAYA PALACIOS BEJARANO | | |
| **NIT o C.C.** | 52305793 | Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764061101903 que habilita desde FCE12 hasta FCE5000. Vence 01-12-2024 |
| **DIRECCION** | CARRERA 5 N 4 08 BLOQUE 14 APTO 104 | |
| **CIUDAD** | **TELÉFONO** | |
| Soacha | 6639609 | |
| **FECHA OPERACIÓN** | **POR CONCEPTO DE** | |
| 30/05/2024 | PRESTACION DE SERVICIO MAYO ACEPTA | |

| **Descripción** | **Valor** |
|---|---|
| Honorarios Asesoria Tecnica Admon | 2.077.400 |

**Valor en Letras**

DOS MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **2.077.400** |
| **RETEFUENTE** | **0** |
| **RETEICA** | **20.068** |
| **TOTAL DOCUMENTO** | **2.057.332** |

**Firma del Vendedor o quien presta el servicio**_____**C.C.**_____

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUDS: db2428e5067a0700024cc30cf9aed6687fe48b8d4abae5762b7e061f7f12c12e54123e5bdb21dc90e2bef04f65e72f53 --Fecha y Hora de Expedición : 06/06/2024 11:40:24 a.m.

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
# PLANILLA NRO. 8630508388
# REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8666244976
# Fecha Pago Planilla: 2024-05-29

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | JENNY ZORAYA PALACIOS BEJARANO | TIPO DE PERSONA | Natural | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 52305793 | D.V. | 0 | TIPO DE APORTANTE | Independiente |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | DIAG 70 F SUR 78 85 | DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA | MUNICIPIO | SOACHA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 8299 | CORREO ELECTRÓNICO | JPALACIOS29O@HOTMAIL.COM | TELÉFONO | 3138686400 |
| FAX | 0 | SUCURSAL | 0 | NOMBRE SUCURSAL | 0 |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | SEGUROS COLPATRIA | Tipo de aportante | Independiente |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2024 | Mes: 05 | Año: 2024 | Mes: 05 | Único |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 1 | | $0 | | 8630508388 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-52305793 | 59 | No | No | No | 25 | 754 | 1949903 | Salario | PALACIOS BEJARANO JENNY ZORAYA | $1.466.400 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| CC - 52305793 | X | 2024-05-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| CC - 52305793 | PROTECCION | 17 | $830.960 | 0.1600000 | $133.000 | $0 | $0 | $133.000 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 52305793 | FAMISANAR | 17 | $830.960 | 0.1250000 | $103.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 17 | $830.960 | 900077259 | 0.0052200 | $4.400 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cota CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-52305793 | SIN CCF | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

| TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 05 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
| PROTECCION | 1 | $133.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $133.000 |

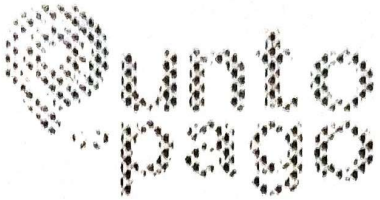
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTES DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERESES COT OBL | VLR INTERESES UPC | SUBTOTAL APORTES COT | SUBTOTAL APORTES | RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
| FAMISANAR | 1 | $103.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $103.900 | 0 | $0 | $0 | $103.900 | $0 | 0 | $0 | $0 | $103.900 | $0 | $0 | $103.900 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
| SEGUROS COLPATRIA | 1 | $4.400 | 0 | $0 | $0 | $4.400 | 0 | $0 | $4.400 | 0 | $0 | $0 | $4.400 |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| SIN CCF | 1 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| SENA | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ICBF | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ESAP | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| SALUD | 1 | $103.900 |
| PENSIONES | 1 | $133.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $4.400 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 0 | $0 |
| SENA | 1 | $0 |
| ICBF | 1 | $0 |
| ESAP | 1 | $0 |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN | 1 | $0 |
| GRAN TOTAL | 1 | $241.300 |




# RECIBO DE PAGO

**Fecha de pago:** 28/05/2024 **Hora:** 16:42:28

**Id Comercio:** 20223 **No. Terminal:** 10732
**Id Trx:** 24849746 **Id Aut:** 722977

**Comercio:** PDP - KIOSCO-EXITO BOSA

**Dirección:** CL 65 SUR 78 H 54

## RECAUDO DE FACTURAS

## TRANSACCIÓN EXITOSA

**Convenio:** PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

**Código convenio:** 1139

**Referencia de pago:** 8666244976

**Valor:** $241.300.0

***ORIGINAL***

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

Scanned with ACE Scanner