CUENTA DE COBRO

LA FUNDACION CHAMINADE DEBE A:

SOLANLLY PAOLA CERVERA CHISCO

Cantidad	*Descripción*	*Precio Unitario*	*TOTAL*
	Prestación de servicios al cargo como PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA en el JARDÍN CHAMINADE VOZ DE ALERTA periodo comprendido del 01 al 31 de Agosto 2024 Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1819 de 2016 art. 17 , Y AL Art 383 del E.T. parágrafo 2, yo Solanlly Paola Cervera Chisco, identificada con cédula de ciudadanía N° 40188019 de Villavicencio, como persona natural actualmente residente en Colombia y como TRABAJADOR INDEPENDIENTE que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo por concepto de servicios, suministro a ustedes la siguiente información para definir el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo: Actualmente no he contratado, vinculado o asociado empleados a mi actividad registrada en el RUT. Por lo tanto, me es aplicable sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales él Régimen del artículo 383 E.T. Me comprometo además que cuando la información antes suministrada sufra algún cambio o requiera ser actualizada se los manifestare oportunamente. SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA YSEIS MIL PESOS M/CTE.	$ 3.666.000	$ 3.666.000
		Subtotal	$ 3.666.000
		TOTAL	$ 3.666.000

CORDIALMENTE:



CC. 40.188.019

ACEPTADA (FIRMA Y SELLO)

"No obligado a solicitar autorización de facturación a la DIAN, Resolución 3878 y 5709 de 1996 expedidas por la DIAN"

FUNDACION CHAMINADE
Nit 900.065.413-2
DG 53 2 G 03 SUR
Tel: (6017358892)
Bogotá - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 2692

Proveedor	SOLANLLY PAOLA CERVERA CHISCO		
Nit	40.188.019-2	**Teléfono**	(601)
Dirección	DIAGONAL 52 A SUR 2D 80	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2024-08-30	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Honorarios Jardín Prestación de Servicios mes agosto 2024	1.00	3,666,000.00	3,666,000.00

Valor en Letras:
Tres millones seiscientos sesenta y seis mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Pagos por cuenta bancaria $ 3,666,000.00

Total Bruto	3,666,000.00
Total a Pagar	3,666,000.00

Observaciones:
JARDIN VOZ

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764069855878 aprobado en 20240429 prefijo DS desde el número 2501 al 5000 Vigencia: 12 meses.

CUDS: d0c8ff8fe1bb224fbe344a2923786a5640e94b9cb2a11474a8a85c486b661d005058000f4c9df31b461ade09ca7e2491

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SOLANLLY PAOLA CERVERA CHISCO
No. Identificación: CC40188019
Dirección: DIAG 52 A # 2 D 80
Telefono: 8167034
Correo: solanllycervera@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8379219368

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SOLANLLY PAOLA CERVERA CHISCO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40188019	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2024
Número de planilla	8379219368	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2024
Fecha pago	2024-08-08	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	61409334	**Total Pagado**	455200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8379219368

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	234700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	29400	1
EPS008	Compensar EPS	183400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40188019
APELLIDOS Y NOMBRES: SOLANLLY PAOLA CERVERA CHISCO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1466500	1466500	1466500	1466500	183400	0	234700	0	7700	29400

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

PUNTO DE PAGO

CORRESPONSAL BANCARIO

NIT: 51816776-5

Cra 3 # 51b-09sur

****PAGO FACTURA****

Fecha: 6/08/2024

Hora: 15:59:53

Referencia: **8379219368**

Servicio: Planilla Compensar

Valor: **$ 455.200,00**

Cajero: Leidy Alvarado

Aprobacion:: 248633778

CLIENTE

¡Gracias por su visita!

Linea de servicio *al cliente*

Whatsapp: 322553427

Powered by CamScanner