**FUNDACION LAUDES INFANTIS**

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

**DSFL 298**

**Nit 830057894**

**Cuenta de Cobro No. 85**

| **NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO** | | | |
|---|---|---|---|
| LUZ KIMELY MATTA LOZANO | | | |
| **NIT o C.C.** | 1033709559 0 | | Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764068213631 que habilita desde DSFL1 hasta DSFL500. Vence 01-04-2026 |
| **DIRECCION** | CRA 2 No 12-14 | | |
| **CIUDAD** | | **TELÉFONO** | |
| Bogota D.C. | | 2821509 | |
| **FECHA OPERACIÓN** | **POR CONCEPTO DE** | | |
| 18/09/2024 | DQ-85 SERVICIO DOCENTE SEPTIEMBRE-2024 | | |

| **Descripción** | **Valor** |
|---|---|
| Honorarios 28051015 DQ-85 SERVICIO DOCENTE SEPTIEMBRE-2024 | 3.666.000 |

**Valor en Letras**

TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **3.666.000** |
| **RETEFUENTE** | **0** |
| **RETEICA** | **25.662** |
| **TOTAL DOCUMENTO** | **3.640.338** |

**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: 343fe05cbc7406e214a730ae46e4dd22cd3ad6f30a8a6e61668b5886d452afe491154cb12722bf8ac7c314f0a4c0e038 --Fecha y Hora de Expedición : 18/09/2024 4:01:31 p. m.

Jardín Sals

**FUNDACION LAUDES INFANTIS**
NIT. 830.057.894-4
**CRA 2 No 12-14**
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**DECRETO NUMERO 522 DE 2003 ART.3**

**Ciudad y Fecha: Bogotá D.C.** **18 Septiembre de 2024** **No. 85**

**Nombre: LUZ KIMELY MATTA LOZANO**

**Identificación del Proveedor CC 1.033.709.559**

**Dirección: Cll 73c Bis A Sur No 26F 25**

**Teléfono: 3115150679**

**Correo: kimely18@gmail.com**

| CODIFICACION | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | Prestación de servicios como Docente en el Jardín Salamandra periodo comprendido entre el 01 al 30 de septiembre. En el marco del convenio 7625/2024 con la SDIS. | $ 3.666.000 |

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, CERTIFICO QUE PARA EFECTOS DE ESTE SERVICIO NO HE CONTRATADO O SUBCONTRATADO A DOS O MÁS PERSONAS (LEY 1819 DEL 2016 DEL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 383 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO).

FIRMA DEL PROVEEDOR

FIRMA DE ACEPTACION

USO EXCLUSIVO DE CONTABILIDAD

CONTABILIZADO
VALOR TOTAL 3666000
MENOS RETENCIÓN FUENTE —
MENOS RETENCIÓN ICA 25662
MENOS OTROS —
NETO 3640338

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1033709559 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUZ KIMELY MATTA LOZANO MATTA LOZANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 73 C BIS A 26 F 09 SUR | TELÉFONO: | 3650292 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4567305027** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/02 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990195367 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 234.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 234.700 | $ 0 | $ 234.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 234.700** | **$ 0** | **$ 234.700** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 183.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 183.300 | $ 0 | $ 0 | $ 183.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 183.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 183.300** |

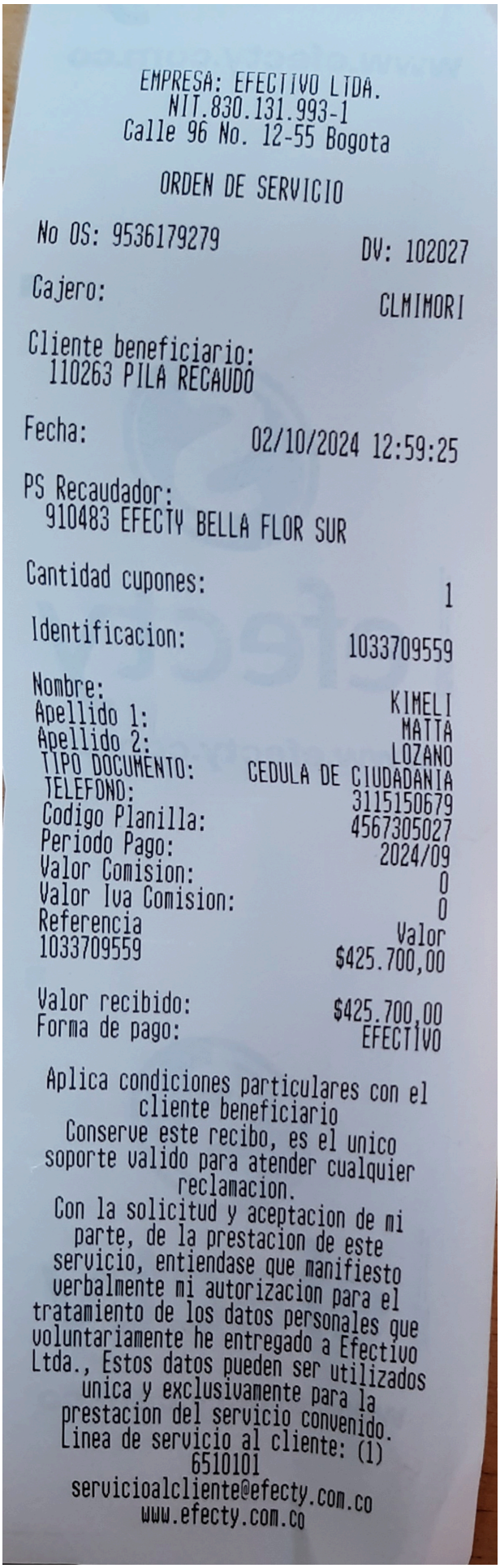
**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 7.700 | $ 7.700 | $ 0 | $ 0 | $ 7.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1033709559 | MATTA LOZANO LUZ KIMELY | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.466.400 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.466.400 | $ 234.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 234.700 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.466.400 | $ 183.300 | $ 0 | $ 183.300 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.466.400 | 103370955 | $ 7.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 425.700** |



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9536179279 DV: 102027

Cajero: CLMIMORI

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 02/10/2024 12:59:25

PS Recaudador:
910483 EFECTY BELLA FLOR SUR

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1033709559

Nombre: KIMELI
Apellido 1: MATTA
Apellido 2: LOZANO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3115150679
Codigo Planilla: 4567305027
Periodo Pago: 2024/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 1033709559 | $425.700,00 |

Valor recibido: $425.700,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co