CUENTA DE COBRO
FUNDACIÓN MANOS UNIDAS DE COLOMBIA
JARDÍN INFANTIL SAN PABLO MANITOS UNIDAS
NIT: 900026353-2

N° contrato 7596

PERIODO LABORADO: 01-12-2024 / 06-12-2024

DÍAS LABORADOS: 6

DEBE A : DANIELA ORTIZ RAMÍREZ

CC. 1.016.074.513

POR CONCEPTO DE: PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

LA SUMA DEL MES: $ 733.200

VALOR NETO: $ 733.200

VALOR EN LETRAS : SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/C

NOMBRE Daniela Ortiz Ramirez

CC. 1.016.074.513

MÓVIL: 313 4305720

"Nota 1: Para efectos de Retención en la Fuente me acojo a la ley 1607 de 2012 y certificó que sobre estos valores pagué los aportes a Seguridad Social."

FUNDACION MANOS UNIDAS DE COLOMBIA
Nit 900.026.353-2
CARRERA 107 # 22H - 35
Tel: (031) 4219307
Bogotá - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 869

Proveedor	Daniela Ortiz Ramírez		
Nit	1.016.074.513-3	**Teléfono**	(000) 313430572 - Ext. 000
Dirección	Cl 19 a 114 08	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2024-12-10	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Honorarios	1.00	733,200.00	733,200.00

Valor en Letras:
Setecientos treinta y tres mil doscientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transacción San Pablo $ 733,200.00

Total Bruto	733,200.00
Total a Pagar	733,200.00

Observaciones:
Pago de OPS de Diciembre del 2024

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 18764076814101 aprobado en 20240808 prefijo DS desde el nùmero 501 al 2000 Vigencia: 24 meses.

CUDS: df2ee0d25aec02c1dae170c98efa796e7c32d4b50314bed5a1f5621674a651a6bcc0d52a5545a8748ab6ba299314d4ca

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

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	1016074513	DANIELA ORTIZ RAMIREZ	CL 19 A 114 08	2981173	danielaortizramirez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82220894	$100.000	

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	43.100	0		0		0	0	0	0	43.100	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	55.100	0	0	0	0	0	0		55.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.800				1.800	0	0	1.800			18	1.800	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	43.100	43.100
Pensión	1	55.100	55.100
Riesgos Laborales	1	1.800	1.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	100.000	100.000

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
CC	1016074513	DANIELA ORTIZ RAMIREZ		CL 19 A 114 08	2981173	danielaortizramirez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/12/2024	82220894	$100.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	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
1	CC	1016074513	ORTIZ RAMIREZ DANIELA	59	0			N		X															230301	344.081	55.100	0	0	0	0	EPS008	344.081	43.100	14-11	344.081	1	1.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
1 diciembre 2024 9:34 pm

DIRECCIÓN IP. 186.86.32.203

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4336329909400985

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
09851U2A

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$100.000,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	82220894
FECHA DE LA SOLICITUD	1 diciembre 2024
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1016074513
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1091945934
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******0617