Bogotá D.C, Diciembre 06 de 2024.

ASUNTO:

CUENTA DE COBRO POR PRESTACION DE SERVICIOS.

Cordial saludo.

La fundación Acepta el Cambio Para Vida Nueva, debe a **MONICA SANCHEZ ARANGO** Identificada con CC **: 52.038.009** de **BOGOTA** por concepto de prestación de servicio como **PROFESIONAL EN ATENCION EN PRIMERA INFANCIA** en calidad de contratista independiente a partir del 01 de Diciembre de 2024 y hasta el 06 de Diciembre de 2024 la suma de **733.200 SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS pesos m/ct** para lo correspondiente me permito anexar a este documento Planilla de aportes para fiscales mes de **Diciembre** y 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:

Monica Sanchez A

MONICA SANCHEZ ARANGO

CC 52.038.009 de BOGOTA

TEL: 3112236317

Correo electrónico. sanchez23monik@gmail.com

Fundación Acepta el Cambio Para Vida Nueva
N.I.T. 900.077.259-6
JARDIN ACEPTA EL CAMBIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL

Bogotá, 06 de diciembre de 2024.

PAZ Y SALVO

*Yo **MONICA SANCHEZ ARANGO** identificada con Cedula **52038009** como aparece al pie de mi correspondiente firma, hago constar que la FUNDACIÓN ACEPTA EL CAMBIO PARA VIDA NUEVA, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto hasta la fecha y que se cumplió a cabalidad con la cláusula **TERCERA** (PAGO) del contrato por **prestación de servicios** celebrado hasta el día 06 de diciembre de 2024.*

Monica Sanchez Arango

MONICA SANCHEZ ARANGO
CC: 52038009

FUNDACION ACEPTA EL CAMBIO PARA VIDA NUEVA

Nit 900077259

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

FCE	**401**

Cuenta de Cobro No.

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO		
MONICA SANCHEZ ARANGO		
NIT o C.C.	52038009	Documento Oficial de Autorización de Numeración Documento Soporte No. 18764084619641 que habilita desde FCE395 hasta FCE5000. Vence 03-12-2025
DIRECCION	CALLE 6 N 18 D 27 SUR	
CIUDAD	**TELÉFONO**	
Soacha	7298321	
FECHA OPERACIÓN	**POR CONCEPTO DE**	
06/12/2024	PRESTACION DE SERVICIOS ACEPTA DICIEMBRE	

Descripción	**Valor**
Honorarios Asesoria Tecnica Admon	733.200

Valor en Letras

SETECIENTOS VEINTISEIS MIL CIENTO DIECISIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**733.200**
RETEFUENTE	**0**
RETEICA	**7.083**
TOTAL DOCUMENTO	**726.117**

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: d225504d3b70758bef42c7efeb01dc0a0c0810b700fda757df334164635705c81f9c5b3b8947998d743b4fb3b66e53ba --Fecha y Hora de Expedición : 04/12/2024 9:45:43 a.m.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8633559201
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8628811146
Fecha Pago Planilla: 2024-11-26

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	MONICA SANCHEZ ARANGO	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	52038009	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRERA12A30-48	DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C	MUNICIPIO	BOGOTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	SANCHEZ23MONIK@GMAIL.COM	TELÉFONO	3112236317
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
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: 12	Año: 2024	Mes: 12	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8633559201

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-52038009	59	No	No	No	11	1	2851201	Salario	SANCHEZ ARANGO MONICA	$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 - 52038009			X	2024-12-06																									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 - 52038009	PORVENIR	6	$293.280	0.1600000	$47.000	$0	$0	$47.000	$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 - 52038009	FAMISANAR	6	$293.280	0.1250000	$36.700	$0	0	$0	0	$0	6	$293.280	900077259	0.0052200	$1.600

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-52038009	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 12											
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
PORVENIR	1	$47.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$47.000

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	$36.700	$0	0	$0	0	$0	$36.700	0	$0	$0	$36.700	$0	0	$0	$0	$36.700	$0	$0	$36.700

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	$1.600	0	$0	$0	$1.600	0	$0	$1.600	0	$0	$0	$1.600

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	$36.700
PENSIONES	1	$47.000
RIESGOS PROFESIONALES	1	$1.600

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	$85.300

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9549205723 DV: 442824
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 25/11/2024 17:00:50
PAP: 914137
Nombre: monica
Apellido 1: sanchez
NUM PLANILLA: 8628811146
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52038009
PERIODO: 202412
Referencia: 8628811146 Valor: $85.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co