

30 de julio de 2025

FUNDACIÓN PEPASO

NIT. 860.524.015-1

DEBE A:

BERTILDA SALAS CRUZ

C.C 40.270.565 de Mesetas

TEL. 3052451972

Carrera 76 A No. 62 F – 09 Sur

LA SUMA DE:

\$ 4.517.400

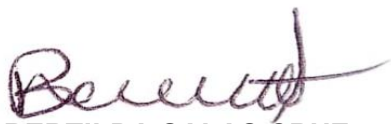
Cuatro Millones Quinientos Diecisiete Mil Cuatrocientos Pesos
M/cte.

POR CONCEPTO DE:

Prestación de Servicios como PROFESIONAL RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL durante el periodo comprendido entre el primero (01) de julio de dos mil veinticinco (2025) al treinta (30) de julio de dos mil veinticinco (2025).

Sus labores fueron desempeñadas para el Jardín Infantil Caminos de la Vida, Localidad de Ciudad Bolívar, Zona 1 – Opción 2.

Cordialmente,



BERTILDA SALAS CRUZ

C.C. 40.270.565 de Mesetas

TEL. 3052451972

Carrera 76 A No. 62 F – 09 Sur



**fundación
PEPASO**
Educación, Organización
Trabajo comunitario

FUNDACION PEPASO

NIT: 860524015-1

Tel. 6472162

Email. contabilidadpepaso@gmail.com

Autorización No. 18764093979933 válida desde 04/06/2025 hasta 04/06/2026 rango desde DSE-3626 hasta DSE-5000.

Proveedor: BERTILDA SALAS CRUZ
NIT : 40270565-2
Dirección: CARRERA 76 A N 62 F 09, Bogotá, D.c., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3052461972
Email: jicaminosdelavida@hotmail.com

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Total de Lineas: 1

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

DSE3838

MONEDA: COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN: 09:08:45

FECHA FIRMADO: 06/08/2025 14:09:02

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
06	08	2025	06	08	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	049	RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL Prestación de servicios del mes de julio de 2025 en el Jardín Infantil Caminos de la Vida en el Convenio No 8425 de 2025. Fecha de Compra: 06/08/2025 Tipo periodo: Por operación	94	1,00	\$4.517.400,00		0,00	\$4.517.400,00

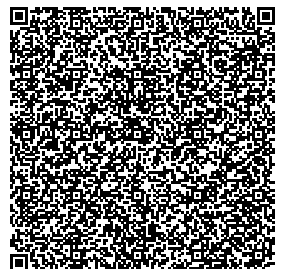
SON: (cuatro millones quinientos diecisiete mil cuatrocientos pesos)

CUDS : 78659a45a0793c738c9f654b689f70c23cdf5b001c0c6306fa4a06e02bd4da70d7e07616c74447fe46980a1d092cc0b4

Subtotal:	\$4.517.400,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$4.517.400,00

Firma Digital: hxQ+AVTdiejP/USUYxZoytdrH0nbwG6T6T875BAUhTEaVzuESWE9Ihve5FZGC7Uk
B73vF7FDYJdj2kY9QNdJplcBBY7sE7qvn6ykAP2PDW9JynRXvf
tbYnLnWaQ7IsZQ GelecoPrcERvNHmbEAiVmpPdAx7EA84/d1FcKZsnie1u7HLdFQ5HVBQq+zljkd6 Tr42mT+FdHWMguBPjG3ey01dtb8VdebG1hv
ubBk69rJL/S3yVG4rtllHkTze+71 1NaP8QHwaA4/ziz09joZ2rjLl98S93bBX7byidT0z/0s8R/3L1tgXnl8dqW63AqA P3/dPwL5AHe9HOSfdZ86
tA==

Representación impresa de Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ		KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@HOTM AIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88846489	TOTAL A PAGAR \$244.800

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	225.900	0		0		0	0	0	0	225.900	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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.900				18.900	0	0	18.900			189	18.900	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.900	225.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	18.900	18.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	244.800	244.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ		KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@HOTM AIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88846489	\$244.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	40270565	SALAS CRUZ BERTILDA	59	4		N																			0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.806.960	225.900	14-23	1.806.960	2	18.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡PAGO REALIZADO CON ÉXITO!

Cuenta de origen	*****8372
Valor a pagar	\$244,800.00
nº comprobante	16288471
Fecha y hora	07/08/2025 02:55
ID Transacción	1684838905
Número de Factura	88846489
Descripción pago	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social COMPENSAR-OI
Establecimiento	
Referencia 1	
Referencia 2	CC
Referencia 3	40270565
Costo Transacción	\$0.00



Imprimir



Descargar

TERMINAR

¡Pago Realizado con éxito!

Cuenta origen: *****8372

Valor Pagado: \$293,700.00

Número Comprobante: 16296528

Fecha y hora del pago: 2025/08/09 7:57:38 PM

ID Transacción: 1690766117

Número Factura: 1854343831

Descripción del pago: Aporte a mi ahorro e inversión

Establecimiento de comercio: Fondo de Pensiones Proteccion

Referencia 1: CC-40270565

Referencia 2: 44.207.213.134

Referencia 3: CC-40270565

Costo transacción: \$0.00



¡El pago fue exitoso!

Detalle de la transacción

 Descargar comprobante

ESTADO	Aprobada
FECHA Y HORA	09/08/2025 07:54 p. m.
CÓDIGO ÚNICO DE SEGUIMIENTO	1690766117
MÉTODO DE PAGO	PSE
REFERENCIA	CC-40270565
ENTIDAD BANCARIA	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA
CONCEPTO DEL PAGO	Aporte a mi ahorro e inversión
VALOR DEL PAGO	\$293.700

Enviar comprobante al correo electrónico



Enviar

[Regresar a Protección](#)



Lineas de atención

01 8000 52
8000

