30 de junio de 2026

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) al treinta (30) de junio de dos mil veintiséis (2026).

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

FUNDACION PEPASO
NIT: 860524015-1
Tel. 6014672162
Email. facturacionpepaso@gmail.com
Autorización No. 18764111886764 válida desde 30/06/2026 hasta 30/06/2028 rango desde DSE-5001 hasta DSE-9999.

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

DSE5034

MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**08:43:07**
FECHA FIRMADO:	**01/07/2026 13:59:16**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	07	2026	30	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	049	RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL Prestación de servicios del mes de junio de 2026, en el Jardín Infantil Caminos de la Vida en el Convenio No 8425 de 2025. **Fecha de Compra:** 30/06/2026 **Tipo periodo:** Acumulado semanal	94	1,00	$4.517.400,00		0,00	$4.517.400,00

SON: (cuatro millones quinientos diecisiete mil cuatrocientos pesos)
CUDS **: b670d6933419a61e3cbb1112b4328251fb542f78039079f54e0d70296267b61742cb51a2512082b12c72ca2f5776516a**

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

Firma Digital: MecR475d5TcmRnUlNmkuGeKSUXp+9ITrEkiGBkQGtlxr6nHMEhRG7KjFpqqftc9o
Yj1hyWs8CEoH23QvwEYOJCF7IzaqlBIg0L8BYqHsXOD7PGY8DC
fsFmNaHpziJ6L6 K5AoR0D5mxCF2Ka0NQuVh5l1iinUWH2hE0+2uQ3MzjAND6xeOomBsf8S2D+O4/zL v5l9vpyv/EQP9PNOLeY6YVAVgoJirnxMc4t
YzXVxDOqhqVIjmWi7Br6yzZrYEX88 /tLTGEAHXmxMIZMjJxFsaQNTqiAe9OvWXD/FDWjsvL7q1JaqiKRReW+xCuLGiby3 o9Z9kA2Yu3VwWPxGlXF0
Xg==

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

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

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	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ	KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93173629	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$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	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	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

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40270565	BERTILDA SALAS CRUZ	KR 76A #62F 09 SUR	7521654	JICAMINOSDELAVIDA@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93173629	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$244.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	EPS008	1.806.960	30	225.900	14-23	1.806.960	30	2	18.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Pago Realizado con éxito!

Cuenta origen:	*******8372**
Valor Pagado:	**$244,800.00**
Número Comprobante:	**17280972**
Fecha y hora del pago:	**2026/07/02 10:26:24 AM**
ID Transacción:	**442274272**
Número Factura:	**93173629**
Descripción del pago:	**MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**
Establecimiento de comercio:	**COMPENSAR-OI**
Referencia 1:	**138.84.53.66**
Referencia 2:	**CC**
Referencia 3:	**40270565**
Costo transacción:	**$0.00**

Protección
Una empresa sura

¡El pago fue exitoso!

Detalle de la transacción

Descargar comprobante

ESTADO	Aprobada
FECHA Y HORA	02/07/2026 10:27 a. m.
CÓDIGO ÚNICO DE SEGUIMIENTO	442309716
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

Ingresa tu correo electrónico

Enviar

Regresar a Protección

¡Pago Realizado con éxito!

Cuenta origen:	*******8372**
Valor Pagado:	**$293,700.00**
Número Comprobante:	**17281000**
Fecha y hora del pago:	**2026/07/02 10:34:26 AM**
ID Transacción:	**442309716**
Número Factura:	**594641534**
Descripción del pago:	**Aporte a mi ahorro e inversión**
Establecimiento de comercio:	**Fondo de Pensiones Proteccion**
Referencia 1:	**CC-40270565**
Referencia 2:	**54.237.80.166**
Referencia 3:	**CC-40270565**
Costo transacción:	**$0.00**