RêmaPaz
Fundación Remanso de Paz
NIT: 900439716 - 5

FUNDACION REMANSO
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

CUENTA DE COBRO

FECHA:	30-08-2025
CONSECUTIVO Nº:	001

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4 DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380 LEY 223/1995; SOBRE COMPRAS Y SERVICIOS A PERSONAS QUE PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

Yo, Sandra Liliana Ansel Alfonso, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 1071431646 de La Mesa. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION REMANSO DE PAZ** Con NIT 900.439.716-5 me debe la suma de, 2201528

POR CONCEPTO DE:	Honorarios
PERIODO DE EJECUCION:	Del 07 de agosto al 30 de agosto 2025

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$2.201528
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$2.201528

DEDUCCIONES	
PLANILLA S.S:	$-
PRESTAMO FUNDACION:	$-
ALIMENTACION:	$-
TURNOS NO LABORADOS:	$-
TOTAL:	$-

NETO A PAGAR: $ 2.201528

VALOR EN LETRAS: Dos millones doscientos un mil quinientos M/CTE ventiocho pesos

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 35412 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2). SEGUN AL ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ME ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago_____

Cordialmente,

Sandra Ansel

NOMBRE:	Sandra Ansel Alfonso
C.C Nº	1071431646
DIRECCION:	La mesa condominarca
TELEFONO:	3118573978

GOLONDRINAS
RADICADO
30 AGO 2025

FIRMA

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072431646		ANGEL ALFONSO SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA LA VEGA	LA MESA-CUNDINAMARCA	3118573978	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1715081458	9490330701	I	2025/09/10	2025/08/20	NEQUI	0	$352,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																													
1	CC	1072431646	ANGEL SANDRA	X																23030 1	24	EPS017	24		0	14-11	24	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072431646		ANGEL ALFONSO SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA LA VEGA	LA MESA-CUNDINAMARCA	3118573978	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1715081458	9490330701	I	2025/09/10	2025/08/20	NEQUI	0	$352,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,300	$0	$0	$182,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$182,300	$0	$0	$182,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,800	$0	$0	$27,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,800	$0	$0	$27,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,400	$0	$0	$142,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$142,400	$0	$0	$142,400
TOTAL				**1**	**$352,500**	**$0**	**$0**	**$352,500**