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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	30-09-2025
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, **Angel Alfonso Sandra Liliana**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 1.072.431.646 de La Mesa. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION REMANSO DE PAZ** Con NIT 900.439.716-5 me debe la suma de, $366.921

POR CONCEPTO DE:	Honorarios
PERIODO DE EJECUCION: 01 al 04 de septiembre 2025	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$366.921
TURNOS ADICIONALES:	**$**
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	**$**
OTROS:	**$**
TOTAL:	$366.921

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

NETO A PAGAR: $366.921

VALOR EN LETRAS: Trescientos sesenta y seis mil novecientos veinti un pesos M/CTE

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 Liliana Angel Alfonso

NOMBRE:	Sandra Liliana Angel A
C.C Nº	1072 431 646
DIRECCION:	Vereda Bebedero
TELEFONO:	311 851 79 18

GOLONDRINAS
RADICADO
30 SEP 2025
FIRMA

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

Resumen General de Pago

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
2025-09	2025-09	1783613431	9491730181	I	2025/10/10	2025/09/17	BANCOLOMBIA	0	$29,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$0	$0			$94,900	$2,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$0	$0			$94,900	$2,400		$0	$0
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$0	$0			$94,900	$2,400		$0	$0
1	CC	1072431646	ANGEL SANDRA	230301	2	$94,900	$15,200	EPS017	2	$94,900	$11,900		0	$0	$0	14-11	2	$94,900	$2,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$0	$0			$94,900	$2,400		$0	$0

Resumen General de Pago

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
2025-09	2025-09	1783613431	9491730181	I	2025/10/10	2025/09/17	BANCOLOMBIA	0	$29,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,200	$0	$0	$15,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$15,200	$0	$0	$15,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$0	$0	$2,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$2,400	$0	$0	$2,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,900	$0	$0	$11,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$11,900	$0	$0	$11,900
TOTAL				1	$29,500	$0	$0	$29,500