



FUNDACION CAFAMI
NIT. 830147561-3
Recibido producto y/o servicio
Fecha: _____
Quien recibe: _____

CUENTA DE COBRO

FECHA:	17-01-2026.
CONSECUTIVO N°:	24

033

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 Romero Molano, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 52.691.951 de Bogotá. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, 2'425.777

POR CONCEPTO DE:	<u>Servicio como manipulador de Alimentos.</u>
PERIODO DE EJECUCION:	<u>Enero 2026.</u>

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	<u>\$2'425.777</u>
TURNOS ADICIONALES:	<u>\$</u>
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	<u>\$</u>
OTROS:	<u>\$</u>
TOTAL:	<u>\$2'425.777</u>

DEDUCCIONES	
PLANILLA S.S:	<u>\$-</u>
PRESTAMO FUNDACION:	<u>\$-</u>
ALIMENTACION:	<u>\$-</u>
TURNOS NO LABORADOS:	<u>\$-</u>
TOTAL:	<u>\$-</u>

NETO A PAGAR: \$ 2'425.777

VALOR EN LETRAS: dos mil trescientos cincuenta y siete pesos. M/CTE

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGIM 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 ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE EJERSO Y ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENC EN LA FUENTE.

Cordialmente,

Sandra Liliana Romero M.

Revisado Ast. Administrativa Daniela Henao
Fecha de Verificación: de Pago 17-01-2025.
Programa: CC- las Brisas.

NOMBRE:	<u>Sandra Liliana Romero Molano.</u>
C.C N°	<u>52.691.951.</u>
DIRECCION:	<u>Calle 8va 11-60.</u>
TELEFONO:	<u>3133198766.</u>

**BRISAS
RADICADO**

20 ENE 2026

FIRMA: _____

Aprobación Final: Alejandra Venegas
Coordinador (a) General Proyecto

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52691951	SANDRA LILIANA ROMERO MOLANO		calle 8 11 60	3132020689	danielahguio2001@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	LA MESA	
						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
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	16/01/2026	27079402	\$541.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización	UPC		
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
231001	Colfondos	600227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52691951	SANDRA LILIANA ROMERO MOLANO		calle 8 11 60	3132020689	danielahguio2001@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA MESA	
						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 UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	16/01/2026	27079402	\$541.800

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	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	52691951	ROMERO MOLANO SANDRA LILIANA	57	0															231001	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPSP17	1,750,905	218,800	14-4	1,750,905	3	42,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA