



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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	14-01-2026
CONSECUTIVO N°:	18

035

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, Fanny Yaneth Gómez Gómez, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 20.957.569 de Subachoque Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, _____

POR CONCEPTO DE:	<u>Servicios prestados en Servicios Generales</u>
PERIODO DE EJECUCION:	<u>Enero</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 millones cuatrocientos Venti cinco mil MICTE
setecientos setenta y siete mil pesos

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.

Revisado Ast. Administrativa Daniela Herrera
Fecha de Verificación: de Pago 20-01-2025.
Programa: CC- los Brisas.

Cordialmente,

fanny yaneth gomez gomez

NOMBRE:	<u>Fanny Yaneth Gómez</u>
C.C N°	<u>20.957.569</u>
DIRECCION:	<u>Barrio Recreo</u>
TELEFONO:	<u>320'345 6437</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	20957569	FANNY YANETH GOMEZ GOMEZ		CL 1 21 - 44 BRR RECREO	3203456437	gomezgomezfanny18@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	09/01/2026	2694458	\$508.300

DETALLE POR COTIZANTE																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Código	Saludgo	Extranjero	IBS	RET	IBS	RET	IBS	RET	IBS	RET	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	20957569	GOMEZ GOMEZ FANNY YANETH	57	0		N											EPS008	1,750,805	218,900	14-4	1,750,905	1	9,200		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	20957569	FANNY YANETH GOMEZ GOMEZ		CL 1 21 - 44 BRR RECREO	3203456437
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 1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	09/01/2026	2694458	\$508.300

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	860086942-7	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	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización		Cotización		Saldo a Favor
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002163-9	9.200				9.200	0	0	9.200	
											Valor Saldo a Favor
											Fondo Solidaridad
											Total a Pagar
											No. Afiliados

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	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300