



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

**CUENTA DE COBRO**

FECHA: 20-01-2025  
CONSECUTIVO N°: 19

036

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, Rosa Angelica Delgado Hernandez, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7072429130 de la mesa. 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: Servicios generales  
PERIODO DE EJECUCION: 7 de enero a 31 de enero

**RELACIONADOS ASI:**

| INGRESOS                 |              |
|--------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL SERVICIO:    | \$ 2.425.777 |
| TURNOS ADICIONALES:      | \$           |
| INCENTIVO POR DESEMPEÑO: | \$           |
| OTROS:                   | \$           |
| TOTAL:                   | \$ 2.425.777 |

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

NETO A PAGAR: \$ 2.425.777

VALOR EN LETRAS: dos millones cuatrocientos veinticinco mil setecientos setenta y siete MIL Y CINCO mil

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

Fecha de Verificación: de Pago

Programa:

Daniela Henao

20-01-2026

cc- las Bajas.

Cordialmente,

Rosa Angelica Delgado Hernandez

|            |                                        |
|------------|----------------------------------------|
| NOMBRE:    | <u>Rosa Angelica Delgado Hernandez</u> |
| C.C N°     | <u>7072429130</u>                      |
| DIRECCION: | <u>Barrio Centro</u>                   |
| TELEFONO:  | <u>3249760417</u>                      |

**BRISAS  
RADICADO**

20 ENE 2026

FIRMA

Aprobación Final:

Alejandra Venegas  
Coordinador (a) General Proyecto

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                      |                    |                              |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN            | TÉLEFONO           | CORREO                       |
| CC                  | 1072429130        | ROSA ANGELICA DELGADO HERNANDEZ |        | Calle 9 A no 26b -02 | 3249760417         | delgadoangelica644@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                                 |        | CUNDINAMARCA         | LA MESA            |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                  |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS    UPC |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1            0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR    |
| 2026-01              | 2026-01                            | I             | 19/01/2026                | 5739808         | \$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 |           |                       |                |               |               |
| EPS041        | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 900156264-2 | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 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 | 9.200                  |                  |       |                        | 9.200                 | 0         | 0                     | 9.200               |                            |                     | 92                | 9.200         | 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                              | 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       |

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1072429130        | ROSA ANGELICA DELGADO HERNANDEZ |        | Calle 9 A no 26b -02 | 3249760417         | delgadoangelica644@gmail.com        |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | CUNDINAMARCA         | LA MESA            | 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             | 19/01/2026               | 5739808         | \$508.300        |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                 |                       |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |          |           |            |                     |                      |                                |                                 |                   |           |                        |          |           |                 |              |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|-----------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|--------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | PENSIÓN  |           |            |                     | SALUD                |                                |                                 | RIESGOS LABORALES |           |                        | CCF      |           |                 | PARAFISCALES |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres             | Colombiano            | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Extranjero | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario 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   | 1072429130            | DELGADO HERNÁNDEZ ROSA ANGELICA | 57                    | 0          |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 230301   | 1.751.000 | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS041            | 1.751.000 | 218.900                | 14-4     | 1.751.000 | 1               | 9.200        |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

