



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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	17/1/2026
CONSECUTIVO N°:	040

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 PERTENECAMOS AL REGIMEN SIMPLIFICADO.

Yo, Robles de Cáceres Victoria, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 39.710.996 de B O G O T A . Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASOSORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de \$2.425.777,

POR CONCEPTO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUX DE SERVICIOS GENRALES
PERIODO DE EJECUCION:	DEL 01 AL 30 DE ENERO 2026

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 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.

Cordialmente,

Victoria Robles

Revisado Ast. Administrativa *Daniela Henao*
Fecha de Verificación de Pago *17-01-2026*
Programa: *CC-DS Borradas*

NOMBRE:	<i>Victoria Robles</i>
C.C N.º	<i>39.710.996</i>
DIRECCION:	
TELEFONO:	<i>3142299843</i>

**BRISAS
RADICADO**

20 ENE 2026

FIRMA

Aprobación Final: *Alexandra Venegas*
Coordinador (a) General Proyecto

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	39710996	VICTORIA ROBLES DE CÁCERES	Carrera 5 R 49n 22sur	3142299843	stelurobles98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	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		23/01/2026	41430863	\$261.600

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218,900	1

TOTALES PENSION													
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	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	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	Sistemas									
14-4	Vida Colombia S.A.	869032183-9	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 PARA FISCIALES				
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	0	0	0
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	2	261.600	261.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39710996	VICTORIA ROBLES DE CACERES	Carrera 5 R 49h 22sur	3142299843	stelurobles99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

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	23/01/2026	41430863	\$261.600

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización	Clase de Cotización
CC	39710996	ROBLES DE CACERES VICTORIA	57	3	N																											

PAGADA