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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	17/02/2025
CONSECUTIVO N.º:	009

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 ROCIO MORALES GALINDO identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 2 0 6 8 8 6 6 6 D e L A M E S A Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, Cuatro millones seiscientos setenta y ocho mil noventa y un mil pesos.

POR CONCEPTO DE:	Honorarios como ENFERMERA PROFESIONAL
PERIODO DE EJECUCION: febrero de 2026	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$4.678.091
TURNOS ADICIONALES:	$0
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$0
OTROS:	$0
TOTAL:	$4.678.091

DEDUCCIONES	
PLANILLA S.S:	$0
PRESTAMO FUNDACION:	$0
ALIMENTACION:	$0
TURNOS NO LABORADOS:	$0
TOTAL:	$0

NETO A PAGAR: $ 4.678.091 pesos.

VALOR EN LETRAS: Cuatro millones seiscientos setenta y ocho mil noventa y un mil pesos.

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,

NOMBRE:	ROCIO MORALES GALINDO
C.C N.º	20688666
DIRECCION:	CARRERA 23 N° 2-30
TELEFONO:	3204053562

Revisado Ast. Administrativa Daniela Herrera
Fecha de Verificación: de Pago 17-02-2026
Programa Comunidad de Cuidado las Brisas.

BRISAS
RADICADO
18 FEB 2026

FIRMA_____

Aprobación Final: Alejandra Venegas
Coordinador (a) General Proyecto

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 20688666	0	NELSA ROCIO MORALES GALINDO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
25-386	CRA 23 NO 2 30		3204053582			MOROGA29@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36291315	I	2026-02-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	627.200	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36291315	2026-03-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	INC	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 20688666	MORALES GALINDO NELSA ROCIO	1.750.905										X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.904.000	304.700	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.904.000	238.000	COLSUBSIDIO-CCF22	1.904.000	38.100	1.904.000	46.400	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	627.200	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 20688666	0	NELSA ROCIO MORALES GALINDO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
25-386	CRA 23 NO 2 30		3204053582			MOROGA29@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36291315	I	2026-02-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	627.200	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36291315	2026-03-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.904.000	1.904.000	1.904.000	1.904.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	304.700	0	0	0	304.700
PORVENIR	230301	800224808	8	1	304.700	0	0	0	304.700
EPS(Administradoras: 1)				1	238.000	0	0	0	238.000
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	238.000	0	0	0	238.000
ARP(Administradoras: 1)				1	46.400	0	0	0	46.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	46.400	0	0	0	46.400
CCF(Administradoras: 1)				1	38.100	0	0	0	38.100
COLSUBSIDIO	CCF22	860007336	1	1	38.100	0	0	0	38.100
Gran Total					627.200	0	0	0	627.200