RémaPaz
Fundación Remanso de Paz
NIT: 900439716 - 5

FUNDACION REMANSO
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

CUENTA DE COBRO

FECHA:	30 – 04 - 2026
CONSECUTIVO Nº:	

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, JEIMY LUCIA BRICEÑO PRIETO, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.660 de La Mesa, Manifiesto que la empresa: **FUNDACION REMANSO DE PAZ** Con NIT 900.439.716-5 me debe la suma de: $2834468

POR CONCEPTO DE:	Honorarios AUXILIAR DE ENFERMERIA
PERIODO DE EJECUCION: 01 al 30 de abril de 2026	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$2834468
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$2834468

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

NETO A PAGAR: $2834468

VALOR EN LETRAS: Dos millones ochocientos treinta y cuatro mil cuatrocientos sesenta y ocho 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.

Revisado Ast. Administrativa Diana.Gutierrez
Fecha de Verificación: de Pago_____
Programa: LA MESA - GOLONDRINAS

Cordialmente,

Jeimy Briceño

NOMBRE:	JEIMY LUCIA BRICEÑO PRIETO
C.C Nº	1072429660
DIRECCION:	Anapoima
TELEFONO:	3208815680

GOLONDRINAS
RADICADO
30 ABR 2026
FIRMA Diana M. Gutierrez

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JEIMY LUCIA BRICEÑO PRIETO	**NIT:**	1072429660
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2026
Número de Radicación:	75531517	**Total a pagar:**	$508,300
Fecha de vencimiento:	15/05/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	14/04/2026	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	NU	**Número Autorización:**	222692495
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$9,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$280,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$218,900
						$508,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información