FUNDACIÓN CAFAMI

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

CUENTA DE COBRO	FECHA:	**20/04/2026**
	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, **CARLOS ANDRES RENDON RENDON**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 1072426718** de **LA MESA**. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, **$ 4.678.091**

POR CONCEPTO DE:	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**
PERIODO DE EJECUCION: **ABRIL**	

RELACIONADOS ASI:

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

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

NETO A PAGAR: $ 4.678.091

VALOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y UNO

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 ARTIC 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 RETENCION EN LA FUENTE.

Cordialmente,

Revisado Ast. Administrativa Daniela Herrera
Fecha de Verificación: de Pago 20-04-2026
Programa Comunidad de Cuidado El Brisas.

NOMBRE:	**CARLOS ANDRES RENDON RENDON**
C.C Nº	**1072426718**
DIRECCION:	**INSPECCION SAN JAVIER**
TELEFONO:	**3018142150**

BRISAS
RADICADO
20 ABR 2026

FIRMA
Aprobación Final: Alejandra Vanegas
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 1072426718	0	CARLOS ANDRES RENDON RENDON	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
25-386	INSPECCION SAN JAVIER		3018142150		CARLOSR31,1991@GMAIL.COM			S

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
2026-04	2026-04	36923690	I	2026-04-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	661.000	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36923690	2026-05-07	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	IGE	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.	S.S. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1072426718	RENDON RENDON CARLOS ANDRES	1.750.905									X								0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.006.400	321.100	0	0	FAMISANAR-EPS017	2.006.400	250.800	COLSUBSIDIO-CCF22	2.006.400	40.200	2.006.400	48.900	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	661.000	N	3869201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1072426718	0	CARLOS ANDRES RENDON RENDON	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
25-386	INSPECCION SAN JAVIER		3018142150		CARLOSR31,1991@GMAIL.COM			S

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
2026-04	2026-04	36923690	I	2026-04-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	661.000	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36923690	2026-05-07	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.006.400	2.006.400	2.006.400	2.006.400	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	321.100	0	0	0	321.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	321.100	0	0	0	321.100
EPS(Administradoras: 1)				1	250.800	0	0	0	250.800
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	250.800	0	0	0	250.800
ARP(Administradoras: 1)				1	48.900	0	0	0	48.900
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	48.900	0	0	0	48.900
CCF(Administradoras: 1)				1	40.200	0	0	0	40.200
COLSUBSIDIO	CCF22	860007336	1	1	40.200	0	0	0	40.200
Gran Total					661.000	0	0	0	661.000

Certificación
Bancaria

Martes, 14 de abril de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CARLOS ANDRES RENDON RENDON identificado(a) con CC 1072426718, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91201804090	2026-04-14	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co