



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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	13 - ABR 2026
CONSECUTIVO N°:	015

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, SERGIO DAVID CORREA LARA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1072430338 de La Mesa, Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de \$2.834.468.

POR CONCEPTO DE:	SERVICIOS PRESTADOS COMO TECNICO AMBIENTAL
PERIODO DE EJECUCION:	ABRIL 2026

RELACIONADOS ASI:

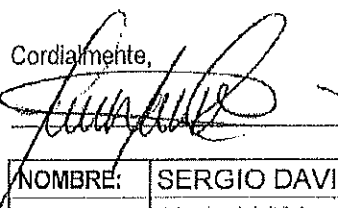
INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	\$2.834.468
TURNOS ADICIONALES:	\$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	\$
OTROS:	\$
TOTAL:	\$2.834.468

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

NETO A PAGAR: \$2.834.468

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 ENCUESTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

Cordialmente,


Revisado Ast. Administrativa Candel Horacio
Fecha de Verificación: de Pago 20-04-2026
Programa: Comunidad de Ciudad las Brisas

NOMBRE:	SERGIO DAVID CORREA LARA
C.C N°	1072430338
DIRECCION:	CARRERA 23 - 2-62 EL RECREO
TELEFONO:	3175175648

**BRISAS
RADICADO**

20 ABR 2026

FIRMA _____

Aprobación Final: Alejandra Venegri
Coordinador (a) General Proyecto

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072430338	SERGIO DAVID CORREA LARA	Cra 23 # 2-62	5792774	sergio-1015@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	LA MESA
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75380224	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	1	\$0	\$517.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	18.300		0	0	18.300	0	0	18.300		0	183	18.300	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	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1072430338	SERGIO DAVID CORREA LARA	Cra 23 # 2-62	5792774	sergio-1015@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA MESA				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75380224	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$517,400	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES					PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Salud	Exonerado	Código Ciudad	Exonerado	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	Cód. AFP	IBS AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBS EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBS ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBS CCF	Días	Aporte CCF	IBS obra parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1072430338	CORREA LARA SERGIO DAVID	50	0		N														230301	1,750,905	30	280,200	0	0	0	0	EP5017	1,750,905	30	218,900	14-11	1,750,905	30	2	18,300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA