



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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	
CONSECUTIVO N°:	32

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, Sandra Lilland Romero Moreno, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 52.691.951 de Bogotá. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, 2'425.777

POR CONCEPTO DE:	<u>Servicios Prestados Como manipulador de Alimentos</u>
PERIODO DE EJECUCION:	<u>ABRIL</u>

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	<u>\$ 2'425.777</u>
TURNOS ADICIONALES:	<u>\$</u>
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	<u>\$</u>
OTROS:	<u>\$</u>
TOTAL:	<u>\$ 2'425.777</u>

DEDUCCIONES	
PLANILLA S.S:	<u>\$-</u>
PRESTAMO FUNDACION:	<u>\$-</u>
ALIMENTACION:	<u>\$-</u>
TURNOS NO LABORADOS:	<u>\$-</u>
TOTAL:	<u>\$-</u>

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

Cordialmente,

Sandra Lilland Romero Moreno

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

NOMBRE:	<u>Sandra Lilland Romero Moreno</u>
C.C N°	<u>52.691.951</u>
DIRECCION:	<u>Cra 8-111-68</u>
TELEFONO:	<u>313 349 8766</u>

**BRISAS
RADICADO**

20 ABR 2026

FIRMA _____

Aprobación Final: Alexandria Venegas
Coordinador (a) General Proyecto

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52691951	SANDRA LILIANA ROMERO MOLANO	calle 8 11 60	3132020689	danielahguio2001@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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
		73704275	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	1	\$0	\$541,800	

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	
231001	Colfondos	800227940-6	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	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 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	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	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52691951	SANDRA LILIANA ROMERO MOLANO		calle 8 11 80	3132020689	danielahguio2001@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
		73704275	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo y Número de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salario	Excedente	Colaborador	Excedente de	Excedente de	IN0	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8	IN9	IN10	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52691951	ROMERO MOLANO SANDRA LILIANA		57	0			N													231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	216.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA