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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	**18/06/2026**
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, **NELSA ROCIO MORALES GALINDO** identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 20688666** 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:	**JUNIO**

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, Rocy Morales

Revisado Ast. Administrativa Angelica Bolaños.
Fecha de Verificación: de Pago 18 de Junio 2026.
Programa: Comunidad de cuidado las Brisas.

NOMBRE:	**NELSA ROCIO MORALES GALINDO**
C.C Nº	**20688666**
DIRECCION:	**CARRERA 23 N 2-30**
TELEFONO:	**3204053562**

BRISAS
RADICADO
18 JUN 2026

FIRMA [redacted]

Aprobación Final: _____
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		3204053562			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
2026-06	2026-06	37667184	I	2026-06-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	730.700	0	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37667184	2026-07-16	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	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.	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	2.218.000	354.900	0	0	FAMISANAR-EPS017	2.218.000	277.300	COLSUBSIDIO-CCF22	2.218.000	44.400	2.218.000	54.100	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	730.700	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		3204053562			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
2026-06	2026-06	37667184	I	2026-06-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	730.700	0	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37667184	2026-07-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.218.000	2.218.000	2.218.000	2.218.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	354.900	0	0	0	354.900
PORVENIR	230301	800224808	8	1	354.900	0	0	0	354.900
EPS(Administradoras: 1)				1	277.300	0	0	0	277.300
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	277.300	0	0	0	277.300
ARP(Administradoras: 1)				1	54.100	0	0	0	54.100
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	54.100	0	0	0	54.100
CCF(Administradoras: 1)				1	44.400	0	0	0	44.400
COLSUBSIDIO	CCF22	860007336	1	1	44.400	0	0	0	44.400
Gran Total					730.700	0	0	0	730.700

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2026-06
Período Salud : 2026-06

Se certifica que en la fecha 2026-06-12 la empresa NELSA ROCIO MORALES GALINDO con documento de identificación CC 20688666 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante MORALES GALINDO NELSA ROCIO identificado con CC-20688666, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-20688666	NELSA ROCIO MORALES GALINDO

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
37667184	I	2026-06-12	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	30
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30
CCF	860007336	CCF22	Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO	30