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, **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:	**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,

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

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

BRISAS
RADICADO
18 JUN 2026

FIRMA_____

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 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
2026-06	2026-06	37691580	I	2026-06-16	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	695.800	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37691580	2026-07-06	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	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.	Sub. 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	2.112.000	338.000	0	0	FAMISANAR-EPS017	2.112.000	264.000	COLSUBSIDIO-CCF22	2.112.000	42.300	2.112.000	51.500	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	695.800	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
2026-06	2026-06	37691580	I	2026-06-16	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	695.800	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37691580	2026-07-06	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.112.000	2.112.000	2.112.000	2.112.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	338.000	0	0	0	338.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	338.000	0	0	0	338.000
EPS(Administradoras: 1)				1	264.000	0	0	0	264.000
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	264.000	0	0	0	264.000
ARP(Administradoras: 1)				1	51.500	0	0	0	51.500
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	51.500	0	0	0	51.500
CCF(Administradoras: 1)				1	42.300	0	0	0	42.300
COLSUBSIDIO	CCF22	860007336	1	1	42.300	0	0	0	42.300
Gran Total					695.800	0	0	0	695.800

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

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

Se certifica que en la fecha 2026-06-16 la empresa CARLOS ANDRES RENDON RENDON con documento de identificación CC 1072426718 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante RENDON RENDON CARLOS ANDRES identificado con CC-1072426718, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1072426718	CARLOS ANDRES RENDON RENDON

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
37691580	I	2026-06-16	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