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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	19 – JUN 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, ROSA ANGELICA DELGADO HERNANDEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1072429130 Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de $1.859.762.

POR CONCEPTO DE:	Pago prestación Servicios Generales
PERIODO DE EJECUCION: 01 al 23 de junio de 2026	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$1.859.762
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$1.859.762

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

NETO A PAGAR: $1.859.762

VALOR EN LETRAS: Un millon ochocientos cincuenta y nueve mil setecientos sesenta y dos 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 ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE.

Revisado Ast. Administrativa Angelica Bolaños.
Fecha de Verificación: de Pago 19 de Junio de 2026.
Programa: Centro de cuidado las Brisas

Cordialmente,

ANGELICA DELGADO HERNANDEZ

BRISAS
RADICADO
19 JUN 2026

FIRMA_____

NOMBRE:	ROSA ANGELICA DELGADO HERNANDEZ
C.C Nº	1072429130
DIRECCION:	BARRIO CENTRO
TELEFONO:	

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072429130		ROSA ANGELICA DELGADO HERNANDEZ	INDEPENDIENTE	Principal	CR 9a # 26b - 02	LA MESA-CUNDINAMARCA	5792774	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	467908247	9507600665	I	2026/07/08	2026/07/10	BANCOLOMBIA	2	$500,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$499,100
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$499,100
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$499,100
1	CC	1072429130	DELGADO ROSA	X	X														23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$499,100
Total	**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0			$0	$0		$499,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$500	$0	$280,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$500	$0	$280,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$400	$0	$219,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$218,900	$400	$0	$219,300
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$900**	**$0**	**$500,000**