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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	
CONSECUTIVO Nº:	006

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, CHINGATE MORA LEIDY YOHANA, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 1.007.184.496 Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, $2.725.029

POR CONCEPTO DE:	Profesional Fisioterapia
PERIODO DE EJECUCION: 1 al 18 de junio 2026	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$2.725.029
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$2.725.029

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

NETO A PAGAR: $2.725.029

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL VENTINUEVE 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 Karen Lopez
Fecha de Verificación: de Pago 24-06-26
Programa: Hogar San José Chipaque

Cordialmente,

NOMBRE:	Leidy Chingate Mora
C.C Nº	1007184496
DIRECCION:	Cll 5 #5-51
TELEFONO:	3138407796

CHIPAQUE
RADICADO
25 JUN 2026
FIRMA

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 1007184496		CHINGATE MORA LEIDY YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 5 # 5 -51	CHIPAQUE-CUNDINAMARCA	8407790	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	411442775	9505826916	I	2026/07/23	2026/06/22	BANCOLOMBIA	0	$562,100

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)																						$1,816,686	$290,700			$1,816,686	$227,100			$0	$0			$1,816,686		$44,300		$0	$0		$562,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,816,686	$290,700			$1,816,686	$227,100			$0	$0			$1,816,686		$44,300		$0	$0		$562,100
Ciudad: CHIPAQUE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1,816,686	$290,700			$1,816,686	$227,100			$0	$0			$1,816,686		$44,300		$0	$0		$562,100
1	CC	1007184496	CHINGATE LEIDY																	25-14	30	$1,816,686	$290,700	EPS017	30	$1,816,686	$227,100		0	$0	$0	14-11	30	$1,816,686	2.436%	$44,300	0	$0	$0	No	$562,100
Total		**Afiliados(1)**																				$1,816,686	$290,700			$1,816,686	$227,100			$0	$0			$1,816,686		$44,300		$0	$0		$562,100

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	$290,700	$0	$0	$290,700
COLPENSIONES	Z5-14	900,336,004	7	1	$290,700	$0	$0	$290,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,300	$0	$0	$44,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$44,300	$0	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,100	$0	$0	$227,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$227,100	$0	$0	$227,100
TOTAL				1	$562,100	$0	$0	$562,100