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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	15-JUL-2026.
CONSECUTIVO Nº:	02.

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, Gloria Janeth Zambrano Moncada, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 1.070.944.629 de Facatativa Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, 151.395

POR CONCEPTO DE:	Honorarios
PERIODO DE EJECUCION:	30 de Junio - 2026

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$ 151.395
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$ 151.395

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

NETO A PAGAR: $ 151.395

VALOR EN LETRAS: Ciento cincuenta y un mil trescientos noventa y cinco 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 ARTICI 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 RETENC EN LA FUENTE.

Revisado Ast. Administrativa _____
Fecha de Verificación: de Pago
Programa: La Mesa - Golondrinas

Cordialmente,

Janeth Zambrano

NOMBRE:	
C.C Nº	1070944629.
DIRECCION:	CRA 10 N. 16 40
TELEFONO:	3163258284

GOLONDRINAS
RADICADO
15 JUL 2026

FIRMA _____

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070944629		ZAMBRANO MONCADA GLORIA YANNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 4 nunero 3-34	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	3163058890	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	467927147	9506362849	I	2026/07/08	2026/07/10	BANCOLOMBIA	2	$893,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,884,000	$461,500			$2,884,000	$360,500			$0	$0			$2,884,000	$70,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,884,000	$461,500			$2,884,000	$360,500			$0	$0			$2,884,000	$70,300		$0	$0
Ciudad: FACATATIVA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$2,884,000	$461,500			$2,884,000	$360,500			$0	$0			$2,884,000	$70,300		$0	$0
1	CC	1070944629	ZAMBRANO GLORIA	230301	30	$2,884,000	$461,500	EPS017	30	$2,884,000	$360,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,884,000	$70,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,884,000	$461,500			$2,884,000	$360,500			$0	$0			$2,884,000	$70,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070944629		ZAMBRANO MONCADA GLORIA YANNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 4 nunero 3-34	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	3163058890	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	467927147	9506362849	I	2026/07/08	2026/07/10	BANCOLOMBIA	2	$893,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$461,500	$700	$0	$462,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$461,500	$700	$0	$462,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,300	$200	$0	$70,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$70,300	$200	$0	$70,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$360,500	$600	$0	$361,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$360,500	$600	$0	$361,100
TOTAL				1	$892,300	$1,500	$0	$893,800