FUNDACION CAFAMI

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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	15/07/2026
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, LUNA CUARAN JUANA DEL CARMEN, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No.** 1072189171. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION CAFAMI CENTRO DE ASESORIA INTEGRAL** Con NIT 830.147.561-3 me debe la suma de, 99175

POR CONCEPTO DE:	Honorarios - Auxiliar de Enfermeria
PERIODO DE EJECUCION:	30 de junio de 2026

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$99175
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$99175

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

NETO A PAGAR: $99175

VALOR EN LETRAS: Noventa y nueve mil ciento setenta y cinco pesos M/cte.

DECLARO VOLUNTARIAMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: 1). PERTENEZCO AL REGI 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 RETENC EN LA FUENTE.

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

Cordialmente,

GOLONDRINAS
RADICADO
15 JUL 2026

Luna Cuaran Juana Del Carmen.

NOMBRE:	LUNA CUARAN JUANA DEL CARMEN
C.C Nº	1072189171
DIRECCION:	
TELEFONO:	

FIRMA Diana M. Cortes

ación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JUANA DEL CARMEN LUNA CUARAN
No. Identificación: CC1072189171
Dirección: VEREDA PERICO
Telefono: 0000000
Correo: juanitaluna289@gmail.com
Ciudad: SIBATÉ
Número de Planilla: 8392325441

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JUANA DEL CARMEN LUNA CUARAN
Tipo y número de identificación	CC1072189171
Número de planilla	8392325441
Fecha pago	2026-06-16
Número de autorización pago	56023713
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	541800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS002	Salud Total EPS	218900	1

8392325441

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1072189171
APELLIDOS Y NOMBRES: JUANA DEL CARMEN LUNA CUARAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información