RemaPaz
Fundación Remanso de Paz
NIT: 900439716 - 5

FUNDACION REMANSO
Recibido producto y/o servicio
Fecha:_____
Quien recibe:_____

CUENTA DE COBRO

FECHA:	30-03-2026
CONSECUTIVO N°:	031

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, Deida Viviana Ortiz Carreño, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1061364374 de Ocaña. Manifiesto que la empresa: FUNDACION REMANSO DE PAZ Con NIT 900.439.716-5 me debe la suma de, 2'834.468

POR CONCEPTO DE:	Honorarios
PERIODO DE EJECUCION:	del 01 al 30 de marzo del 2026

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$ 2'834.468
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$ 2834.468

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

NETO A PAGAR: $

VALOR EN LETRAS: Dos millones ochocientos treinta y cuatro M/CTE 2834.468 mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos

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 5[illegible] DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURAS DE VENTA Y NO DECLARO RENTA. 2) ARTICULO 383 DEL ET. NO TENGO TRABAJADORES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD QUE [illegible] ENCUENTRO BAJO LA CATEGORIA DE EMPLEADO POR TAL MOTIVO ABSTENERSE DE APLICAR RETEN[illegible] LA FUENTE.

Revisado Ast. Administrativa Diana M. Gutierrez
Fecha de Verificación: de Pago_____
Programa: La Mesa Golondrinas

Cordialmente,

Deida Viviana Ortiz

NOMBRE:	Deida Viviana Ortiz
C.C N°	1061364374
DIRECCION:	Cra [illegible]
TELEFONO:	3223546593

GOLONDRINAS
RADICADO
30 MAR 2026

FIRMA Diana M. Gutierrez

Aprobación Final: _____
Coordinador (a) General Proyecto

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LEYDI VIVIANA ORTIZ CARREÑO	**NIT:**	1061369379
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2026
Número de Radicación:	68468399	**Total a pagar:**	$541,800
Fecha de vencimiento:	21/04/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	17/03/2026	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	**Número Autorización:**	148529431
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$42,700
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$280,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$218,900
						$541,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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