RémaPaz
Fundación Remanso de Paz
NIT: 900439716 - 5

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

CUENTA DE COBRO

FECHA:	20/ 08/2026
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, Rivera Curan Diana, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1086299765. Manifiesto que la empresa: **FUNDACION REMANSO DE PAZ** Con NIT 900.439.716-5 me debe la suma de: $2975250.

POR CONCEPTO DE:	Honorarios - Auxiliar de Enfermería
PERIODO DE EJECUCION: 1 al 30 de agosto de 2026	

RELACIONADOS ASI:

INGRESOS	
VALOR TOTAL SERVICIO:	$2975250
TURNOS ADICIONALES:	$
INCENTIVO POR DESEMPEÑO:	$
OTROS:	$
TOTAL:	$2975250

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

NETO A PAGAR: $2975250

VALOR EN LETRAS: Dos millones novecientos setenta y cinco mil doscientos cincuenta 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 Asl. Administrativa Oscar Arias
Fecha de Verificación: de Pago 20/08/2026
Programa: C.C Brisas

Cordialmente,

NOMBRE:	RIVERA CURAN DIANA
C.C Nº	1086299765
DIRECCION:	
TELEFONO:	

BRISAS
RADICADO
20 AGO 2026

FIRMA_____

Aprobación Final: Alexandra Venegas
Coordinador (a) General Proyecto

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

Señor(a): DIANA RIVERA CUARAN
No. Identificación: CC1086299765
Dirección: KR 6 3A 89
Telefono: 0000000
Correo: dianacuaran199@gmail.com
Ciudad: SIBATÉ
Número de Planilla: 8394441142

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA RIVERA CUARAN	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1086299765	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2026
Número de planilla	8394441142	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2026
Fecha pago	2026-08-21	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	9029899	**Total Pagado**	541800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	280200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	218900	1

8394441142

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1086299765
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA RIVERA 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
EPS017	230201	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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