

DOCUMENTO PARA COBRO

PARA OPERACIONES REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA,
AUTORIZADO POR EL ART.3 DEL D.R.3050 DE 2007

MUNICIPIO DE PANDI - CUNDINAMARCA
NIT 890.680.173-1

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ		
C.C. O NIT	79.164.492 de Ubate - Cundinamarca		
DIRECCION	BOGOTA	CIUDAD	BOGOTA
TELEFONO		CELULAR	3115685756

POR CONCEPTO DE:

SEXTO PAGO (FINAL) CONTRATO No. MP-CPS-005-2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES DEL MUNICIPIO DE PANDI.
CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2025

LA SUMA DE :

VALOR A GIRAR	2,700,000.00	DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE.
---------------	--------------	--

DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO, POR LO TANTO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ART.38 DE LA LEY 223 DE 1995, **NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA DE VENTA.** EN CONSTANCIA Y ACEPTACION FIRMO.

FECHA DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO : 03 DE JULIO 2025

NOTA: DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE MI SERVICIO FUE PERSONALIZADO Y QUE NO UTILICE DOS (02) O MAS PERSONAS PARA EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES.
OBSERVACIONES:

JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ
C.C. 79.164.492 de Ubate-Cundinamarca

Pandi Cundinamarca, 03 de Julio de 2025

SEÑORES
MUNICIPIO DE PANDI
Secretaria de Hacienda

REF: DECLARACION JURAMENTADA LEY 1819 DEL 2016

Respetados señores:

YO **JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ** Identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.164.492 de Ubaté-Cundinamarca, Certifico que a la fecha no tengo más de dos (2) personas subcontratadas de acuerdo con la actividad que desempeño como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES DEL MUNICIPIO DE PANDI.** Según contrato No. **MP-CPS-005-2025,** correspondiente al periodo del 01 al 30 de Junio de 2025.

Número de personas subcontratadas (marcar con x)

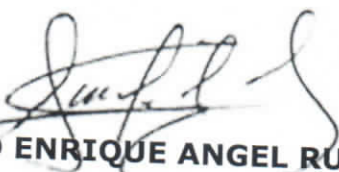
CANTIDAD

CERO (0) **X**

UNO (1)

DOS O MÁS (2)

Atentamente


JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ
C.C. No. 79.164.492 de Ubaté

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79164492	JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ		Calle 7 No.92-56	4676729	soyjangel2022@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	03/07/2025	87894650	\$415.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	178.000	0		0		0	9	1.100	0	179.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	9	1.400	0	229.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor										
14-23		Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	9	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.100
Pensión	1	227.800	229.200
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79164492	JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ		Calle 7 No.92-56	4676729	soyjangel2022@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	03/07/2025	87894650	\$415.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	79164492	ANGEL RUIZ JAIRO ENRIQUE	59	0		N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS001	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA