

# 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:

**QUINTO PAGO (PARCIAL) CONTRATO No. MP-CPS-066-2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES DEL MUNICIPIO DE PANDI CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025**

## LA SUMA DE :

<b>VALOR A GIRAR</b>	<b>2,700,000.00</b>	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 DICIEMBRE DE 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 Diciembre 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-066-2025,** correspondiente al periodo del 01 al 30 de Noviembre de 2025.

Número de personas subcontratadas (marcar con x)

CANTIDAD

CERO (0)  \_\_\_\_\_

UNO (1) \_\_\_\_\_

DOS O MÁS (2) \_\_\_\_\_

Atentamente

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	79164492	JAIRO ENRIQUE ANGEL RUIZ		Calle 7 No.92-56	4676729		soyangel2022@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	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	01/12/2025	91897017	\$415.000	

## 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	6	700	0	178.700	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	6	900	0	228.700	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	6	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				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>413.300</b>	<b>415.000</b>

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	01/12/2025	91897017	\$415.000	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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

# PAGADA