CUENTA DE COBRO - DOCUMENTO EQUIVALENTE

MUNICIPIO DE SESQUILE
NIT 899.999.415-2

DEBE A:

NOMBRE:	**NIDIA MILENA MÉNDEZ GÓMEZ**
IDENTIFICACIÓN:	CC [X] NIT [ ] NUMERO 1,071,330,307 DV **0** DE SESQUILÉ

LA SUMA DE:

(LETRAS)	DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE
(NUMEROS) $	$ 2,750,000.00

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	CD-PS-PSP-137-2026	DESEMBOLSO No.	**1**	DE	**6**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DEL PROGRAMA DE BILINGÜISMO DIRIGIDO A LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL MUNICIPIO DE SESQUILÉ-CUNDINAMARCA				
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	16 DE FEBRERO DEL 2026	y	15 DE MARZO DEL 2026		
FECHA:	25/03/2026				
CUENTA BANCARIA	336-000197-97	**BANCO**	BANCOLOMBIA		
CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO:	**SESQUILÉ**				
CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO **(En caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente):**	**8521**				
TELÉFONO 3012611695					

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta	SI	X	NO	
No hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales,		**X**		
Hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales,				

(Marque una sola opción)

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	
Declaración juramentada de dependencia económica	

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $2000.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.



NIDIA MILENA MENDEZ GOMEZ
nini26.mendez@gmail.com