CUENTA DE COBRO - DOCUMENTO EQUIVALENTE

MUNICIPIO DE SESQUILE
NIT 899999415-2

DEBE A:

NOMBRE:	**Sharon Melissa Carrascal Cushcagua**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO 1071331867 DV 8 DE Sesquilé, Cundinamarca

LA SUMA DE:

(LETRAS)	Dos millones quinientos sesenta mil pesos m/cte
(NUMEROS) $	$2.560.000

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. CD-PS-PSP-158-2026 DESEMBOLSO No. 3 DE 6

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DEL PROGRAMA DE BILINGÜISMO DIRIGIDO A JÓVENES Y ADULTOS DEL CASCO URBANO, ASÍ COMO FORMADOR DEL PROGRAMA "CLUB DE TAREAS" COMO MEDIO PARA EL FORTALECIMIENTO DE CALIDAD EDUCATIVA DEL MUNICIPIO DE SESQUILÉ CUNDINAMARCA

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 16 de Abril de 2026 y 15 de Mayo de 2026

FECHA: 25/05/2026

CUENTA BANCARIA 3116814400 **BANCO** NEQUI

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: Sesquilé, Cundinamarca

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente):	8559
TELÉFONO	3116814400

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 [ ] NO [X]

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 $

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.

Sharon Carrascal

Sharon Melissa Carrascal Cushcagua
Vereda Boitiva, Sector Las Brisas
sharoncarrascal@gmail.com