

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-002-2026 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 2026

LA SUMA DE :

VALOR A GIRAR	3,100,000.00	TRES MILLONES CIENTO 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 DE 2026

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 2026

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 en la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES DEL MUNICIPIO DE PANDI.** Según contrato No. **MP-CPS-002-2026,** correspondiente al periodo del 01 al 30 de junio de 2026.

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						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93083604	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$511.800	

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 EPS S.A.	830113831-0	218.900	0		0		0	9	1.500	0	220.400	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	280.200	0	0	0	0	9	1.900	0	282.100	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	9.200				9.200	9	100	9.300			92	9.300	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
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	218.900	220.400
Pensión	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	511.800

