jorge fabian escobar salomon
NIT 14.798.624-1
calle 40c # 27c-37
Tel: (032) 3162923262
Tuluá - Colombia
jfes_yoyo@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVL 929

Señores	Municipio de Bugalagrande		
NIT	891.900.353-1	**Teléfono**	(602) 3164820213
Dirección	Carrera 6 # 5-65	**Ciudad**	Bugalagrande - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	05/11/2026, 07:37
Expedición	05/11/2026, 07:37
Vencimiento	05/11/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN COMOTÉCNICO EN MEDIOS AUDIOVISUALES, PARA LAPRODUCCIÓN, POSTPRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DECONTENIDOS MULTIFORMATO ORIENTADOS A LA PROMOCIÓNY POSICIONAMIENTO DE MARCAS LOCALES, ASI COMO ALFORTALECIMIENTO DE LOS CANALES Y PROCESOS DECOMUNICACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA DEDESARROLLO ECONÓMICO DEL MUNICIPIO DEBUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA	1.00	3,400,000.00

Total items: 1

Total Bruto	3,400,000.00
Total a Pagar	3,400,000.00

Valor en Letras:
Tres millones cuatrocientos mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Efectivo - Efectivo $ 3,400,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094750633 aprobado en 20250625 prefijo FVL desde el número 851 al 1000 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 1820 Producción de copias a partir de grabaciones originales Tarifa
CUFE: c46c81c07ba689124cb290855b7bbf0c477dd1302080660e08a1cd1dd7bda4fd58b683b67c175a9072d44c5fc417fc3c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica, vence en el XML

Bugalagrande, Valle del Cauca Alcaldía Municipal	**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS DE DEPURACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR PAGOS DE HONORARIOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y PAGOS POR SALARIOS**	Código: FTO-333-01 Versión: 03 Fecha de Aprobación: 22 de julio de 2024 Página **1** de **1**

DOCUMENTO CONTROLADO POR EL SGC

DATOS DEL CONTRATISTA Y/O FUNCIONARIO

Nombres y Apellidos	JORGE FABIÁN ESCOBAR SALOMÓN	**Identificación**	14.798.624
Tipo de Ingreso	Honorarios □ Prestación de Servicios X Salarios □	**Declara Renta**	Si X No □

Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, sobre la reducción de la base de retención en la fuente a los pagos mensualizados por concepto de honorarios y prestación de servicios personales, me permito **DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que **NO** he contrato o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la ejecución de este contrato y **NO** me tomare costos o deducciones asociadas a dicha renta, conforme a lo anterior solicito la aplicación de la retención en la fuente según **Artículo 383** del **Estatuto Tributario** y que adicional cumplo con las siguientes deducciones:

1. Crédito de Vivienda y Aportes a Cuentas AFC	**a)** ¿Pago intereses por Crédito Hipotecario o Leasing Habitacional? **Si** □ **No X** ¿Mi crédito de vivienda es compartido? **Si** □ **No** □ porcentaje que me corresponde: **100%** □ **50%** □ **Otro_____%** **d)** ¿Realizo aportes a Cuentas AFC? **Si** □ **No X** **(ADJUNTAR CERTIFICADO BANCARIO SEGÚN APLIQUE)**
2. Pagos de Salud	**a)** ¿Realizo pagos por Medicina Prepagada? **Si** □ **No X** **b)** ¿Realizo pagos por Planes de Atención Complementaria en Salud? **Si** □ **No X** **c)** ¿Realizo pagos por Pólizas de Seguros en Salud? **Si** □ **No X** **(ADJUNTAR CERTIFICADO DEL PAGO DE SALUD SEGÚN APLIQUE)**
3. Pagos Dependientes	**¿Tengo alguno de los siguientes dependientes?** **Si x**□ **No** □ Hijos menores de 18 años. **(RELACIONAR DEPENDIENTES ABAJO).** **Si** □ **No X** Hijos con edad entre 18 y 23 años, que se encuentren financiando su educación en instituciones formales de educación superior o en los programas técnicos. **(CERTIFICADO ESTUDIOS).** **Si** □ **No X** Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. **(CERTIFICADO MEDICINA LEGAL O MEDICO).** **Si** □ **No X** Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, **(CERTIFICADO CONTADOR).** **Si** □ **No X** Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, **(CERTIFICADO CONTADOR).**

RELACIÓN DE DEPENDIENTES (SI APLICA)

Nombres y Apellidos	Identificación No.		Edad	Parentesco
ÁNGEL MANUEL ESCOBAR QUINTERO	CC □ TI x	1116072882	18	HIJO
MIGUEL ÁNGEL ESCOBAR QUINTERO	CC □ TI x	1117026828	13	HIJO
MARIÁNGEL ESCOBAR QUINTERO	CC □ TI x	1116078921	11	HIJA

Manifiesto que lo declarado anteriormente está debidamente certificado, y para tal efecto firmo este documento el día 5 del mes de Noviembre del año 2026.

Firma Declarante

Este documento es propiedad de la Alcaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC