FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	BBVA	CUENTA:	0382528008	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	1	CUENTA DE COBRO N° 01
FECHA:	08/06/2021	

III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA

Certifico bajo gravedad de juramento y de conformidad con el Decreto 099 de 2013, que los aportes de seguridad social (Salud, Pensión y ARL) corresponden a los ingresos recibidos sobre la base gravable de Retención en la Fuente, aplicable a trabajadores independientes de acuerdo al Contrato Nº 315 de 05/05/2021 por el periodo del mes de MAYO sin incluir intereses de mora así:

IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:		
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**X**
	DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS	
	POR CUENTA PROPIA	

SALUD				**PENSION**			
ENTIDAD:	**COMPENSAR**			**ENTIDAD:**	**PORVENIR**		
PERIODO:	MAYO			**PERIODO:**	MAYO		
PLANILLA	1037054451			**PLANILLA:**	1037054451		
I.B.C.:	1.268.000	**APORTE:**	158.500	**I.B.C.:**	1.268.000	**APORTE:**	202.900

ARL				**PENSIONADO**	
ENTIDAD:	**COLMENA**			**SI**	
PERIODO:	MAYO				
PLANILLA	1037054451			**NO**	X
I.B.C.:	1.268.000	**APORTE:**	6.700		

DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE CONTRATISTA:	JAVIER MAURICIO MOJICA MEDINA	
CEDULA DE CIUDADANIA:	11.448.034	
E-MAIL:	maomojica13@hotmail.com	
TELEFONO:	3123480566	**FIRMA**

V. CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

1. Como supervisor o interventor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el período correspondiente al presente pago.
2. El contratista realizó los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL.
3. Los aportes realizados por el contratista corresponden al período y monto establecidos por ley para la cotización.
4. El contratista cumplió y entregó todos los soportes establecidos para el trámite del pago, los cuales son remitidos a la Secretaria Jurídica para su archivo correspondiente.

NOMBRE SUPERVISOR	**GISSELLE ANGELICA CIFUENTES RAMÍREZ**	
CARGO:	**SECRETARIOADE PLANEACIÓN MUNICIPAL**	
DEPENDENCIA:	**SECRETARÍA DE PLANEACIÓN MUNICIPAL**	
E - MAIL:	gisselle.cifuentes@gmail.com	
TELEFONO:	316 375 8205	**FIRMA**
La presente certificación se expide a los:		8/06/2021

CODIGO:GF-FR-123
VERSION: 08
FECHA:03 FEB 2020
DOCUMENTO CONTROLADO