FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	Popular	CUENTA:	500-801-29626-9	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	2	CUENTA DE COBRO N° 02
FECHA:	05/11/2021	

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 511 de (06/09/2021) por el periodo del mes de octubre sin incluir intereses de mora así:

IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

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

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	Famisanar			ENTIDAD:	Proteccion		
PERIODO:	01/10/2021			PERIODO:	01/10/2021		
PLANILLA	42528638			PLANILLA	42528638		
I.B.C.:	1,076,000	APORTE:	134,500	I.B.C.:	1,076,000	APORTE:	172,200

ARL			
ENTIDAD:	Colmena		
PERIODO:	0/10/2021		
PLANILLA	42528638		
I.B.C.:	1,076,000	APORTE:	5,700

PENSIONADO	
SI	☐
NO	X

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	Yonel Mayorga Becerra	
CEDULA DE CIUDADANIA:	11,442,252	
E-MAIL:	yonelmayorga24@hotmail.com	
TELEFONO:	3125966261	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 06/10/2021 al 05/11/2021 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	Edinson Francisco Quiroga Sanchez	
CARGO:	Jefe Oficina	
DEPENDENCIA:	Control Interno Disciplinario	
E - MAIL:	controldisciplinario12345@gmail.com	
TELEFONO:	3174020699	FIRMA

La presente certificación se expide a los: (05/11/2021)

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