FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	CAJA SOCIAL	CUENTA:	24103363543	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

NUMERO:	1	FACTURA NO. CP9 - CP10
FECHA:	26/07/2024	

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 321-24 de 22/03/2024 por el periodo del mes MARZO- ABRIL- MAYO- JUNIO 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:	PROTECCION		
PERIODO:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)			PERIODO:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)		
PLANILLA:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)			PLANILLA:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)		
I.B.C.:		APORTE:	800.000	I.B.C.:		APORTE:	1.088.000

ARL				PENSIONADO	
ENTIDAD:	EQUIDAD				
PERIODO:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)			SI	☐
PLANILLA:	MARZO (76171702) ABRIL (76898378) MAYO (76898378) JUNIO (78477936)			NO	X
I.B.C.:		APORTE:	33.500		

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	CORPORACION AVENTURA POR LA NATURALEZA DE LOS ANDES- CORPANDES	
CEDULA DE CIUDADANIA:	900.220.83-9	
E-MAIL:	corpanandes@gmail.com	Angelica M García P
TELEFONO:	3103071960	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 Juridica para su archivo correspondiente.

NOMBRE SUPERVISOR	DIEGO ANDRÉS ZULETA PINZÓN	
CARGO:	SECRETARIO DE CULTURA Y JUVENTUD	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE CULTURA Y JUVENTUD	
E - MAIL:	cultura@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	: 3144457485	FIRMA
La presente certificación se expide a los:	26/07/2024	

Powered by CamScanner