FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA:	082631839	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	1	FACTURA N° UTJF-1
FECHA:	24/06/2025	

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 FACATATIVA-535-25 de (05/05/2025) para el periodo comprendido entre el 05 de mayo de 2025 y el 04 de junio de 2025.

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:	PLANILLA EMPRESARIAL			ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	MAYO 2025			PERIODO:	ABRIL 2025		
PLANILLA:	9486035352 AVIZOR 7970936471COOVISER			PLANILLA:	9486035352 AVIZOR 7970936471 COOVISER		
I.B.C.:		APORTE:		I.B.C.:		APORTE:	

ARL				PENSIONADO
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			SI ☐
PERIODO:	ABRIL 2025			
PLANILLA:	9486035352 AVIZOR 7970936471 COOVISER			NO X
I.B.C.:		APORTE:		

DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE CONTRATISTA:	UNIÓN TEMPORAL JUNTOS FACATATIVÁ	
CEDULA DE CIUDADANIA:	NIT 901.940.232.3	
E-MAIL:	comercialfacatativa@cooviser.com	R.L. JORGE ENRIQUE SALDARRIAGA ALVAREZ
TELEFONO:	6608928	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	GLADYS ALCIRA USAQUÉN DIAZ	
CARGO:	SECRETARIA GENERAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA GENERAL	
E - MAIL:	general@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	8910143	FIRMA
La presente certificación se expide a los:	24/06/2025	

Scanned with CamScanner