



FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION									
BANCO:	BBVA		CUENTA:	0382004504		AHORRO:	X		CORRIENTE:
II. CUENTA DE COBRO									
NUMERO:	1		CUENTA DE COBRO N° 01						
FECHA:	23/10/2025								
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 N° 908-25 de 19-09-2025 por el periodo comprendido al mes de SEPTIEMBRE 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:	SANITAS			ENTIDAD:	COLPENSIONES				
PERIODO:	SEPTIEMBRE			PERIODO:	SEPTIEMBRE				
PLANILLA:	1076607494			PLANILLA:	1076607494				
I.B.C.:	\$ 474.500	APORTE:	59.400	I.B.C.:	\$ 474.500	APORTE:	76.000		
ARL				PENSIONADO					
ENTIDAD:	COLMENA			SI			☐		
PERIODO:	SEPTIEMBRE			NO			☒		
PLANILLA:	1076607494								
I.B.C.:	474.500	APORTE:	2.500						
NOMBRE CONTRATISTA:	CATALINA RODRIGUEZ GUTIERREZ			Catalina Rodriguez G					
CEDULA DE CIUDADANIA:	1019983003 de Facatativá								
E-MAIL:	cereza1610@gmail.com								
TELEFONO:	3186024776								
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 periodo 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 periodo 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	MILLER DANIEL SERRATO CRUZ			FIRMA					
CARGO:	SECRETARIO DE TRANSITO Y TRANSPORTE								
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE								
E - MAIL:	transito@facatativa-cundinamarca.gov.co								
TELEFONO:	3188044357								
La presente certificación se expide a los:				23/10/2025					

