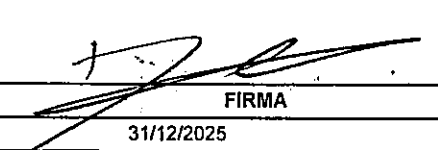




FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION										
BANCO:	BBVA		CUENTA:	0382004504		AHORRO:	X		CORRIENTE:	
II. CUENTA DE COBRO										
NUMERO:	4		CUENTA DE COBRO N° 04							
FECHA:	31/12/2025									
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 DICIEMBRE 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:	DICIEMBRE				PERIODO:	DICIEMBRE				
PLANILLA:	1077716762				PLANILLA:	1077716762				
I.B.C.:	\$ 1.423.500	APORTE:	178.000		I.B.C.:	\$ 1.423.500	APORTE:	227.800		
ARL					PENSIONADO					
ENTIDAD:	COLMENA				SI ☐					
PERIODO:	DICIEMBRE									
PLANILLA:	1077716762				NO ☒					
I.B.C.:	\$ 1.423.500	APORTE:	7.500							
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									
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:					31/12/2025					