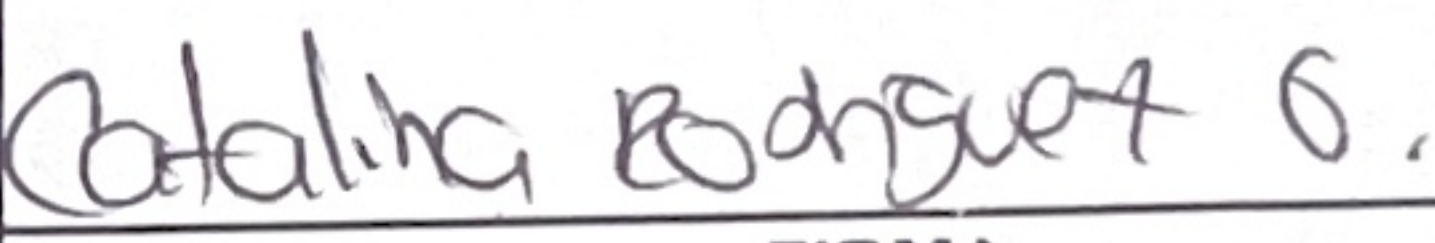
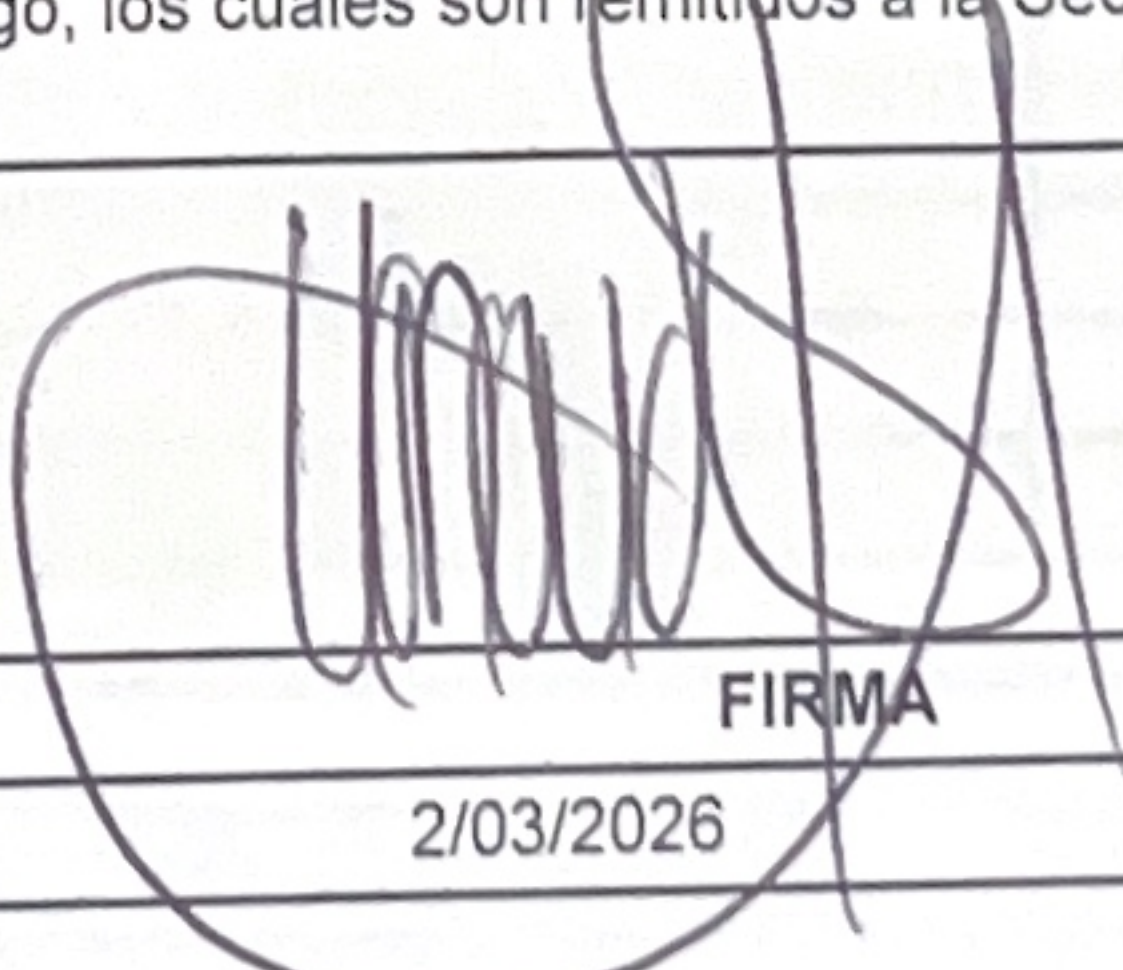


FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION									
BANCO:	BBVA	CUENTA:	382004504	AHORRO:	X	CORRIENTE:			
II. CUENTA DE COBRO									
NUMERO:	1	CUENTA DE COBRO N° 1							
FECHA:	02/03/2026								
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° 384 de (24/01/2026) por el periodo del mes FEBRERO 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: FEBRERO				PERIODO:		FEBRERO			
PLANILLA: 1079812860				PLANILLA:		1079812860			
I.B.C.:		1.750.905	APORTE:	218.900	I.B.C.:		1.750.905	APORTE:	280.200
ARL				PENSIONADO					
ENTIDAD: COLMENA				SI		☐			
PERIODO: FEBRERO				NO		X ☐			
PLANILLA: 1079812860									
I.B.C.:		1.750.905	APORTE:	9.200					
DATOS DEL CONTRATISTA									
NOMBRE CONTRATISTA:		CATALINA RODRIGUEZ GUTIERREZ							
CEDULA DE CIUDADANIA:		1.019.983.003							
E-MAIL:		catalinarodriguezg03@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		JUAN DAVID GONZALEZ CAMACHO							
CARGO:		SECRETARIO DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE MUNICIPAL							
DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE MUNICIPAL							
E - MAIL:		transito@facatativa-cundinamarca.gov.co							
TELEFONO:		3188044357							
La presente certificación se expide a los:				2/03/2026					

