ALCALDÍA DE
FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	382003564	CUENTA:	382003564	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	1	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.TUFE 2321
FECHA:	30/03/2026	

III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA

Certifico bajo gravedad de juramento que la entidad se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones legales con relación a todos sus empleados con los sistemas de Salud, Pensión, ARL y CCF, así como el pago debido de Impuesto de Renta y Complementario y sus Autorretenciones, de acuerdo al contrato FACATATIVA-1078-25 de 31/12/2025 por el periodo de ENERO y FEBRERO sin incluir intereses de mora.

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:	ENERO - FEBRERO			PERIODO:	ENERO - FEBRERO		
PLANILLA:	9499583083			PLANILLA:	9499583083		
I.B.C.:		APORTE:		I.B.C.:		APORTE:	

ARL				PENSIONADO	
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			SI	☐
PERIODO:	ENERO - FEBRERO				
PLANILLA:	9499583083			NO	☐
I.B.C.:		APORTE:			

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	TURISMO NACIONAL TURISNAL SAS	
CEDULA DE CIUDADANIA:	830.070.084-9	
E-MAIL.:	Turisnal ltda@hotmail.com	
TELEFONO:	891-5003 310 3217426	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	MIRELLA SAAVEDRA BERNAL	
CARGO:	SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE EDUCACION MUNICIPAL	
E - MAIL:	secretario@sedfacatativa.gov.co	
TELEFONO:	8424820	FIRMA

La presente certificación se expide a los:	30/03/2026