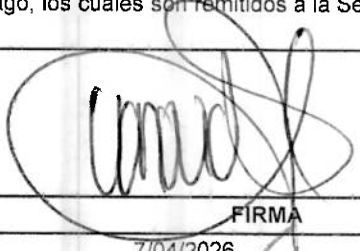


FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION									
BANCO:	BBVA		CUENTA:	0382004504		AHORRO:	X		CORRIENTE:
II. CUENTA DE COBRO									
NUMERO:	2		CUENTA DE COBRO N° 2						
FECHA:	07/04/2026								
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 MARZO 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:	MARZO			PERIODO:	MARZO				
PLANILLA:	1080858885			PLANILLA:	1080858885				
I.B.C.:	1,750,905	APORTE:	218,900	I.B.C.:	1,750,905	APORTE:	280,200		
ARL				PENSIONADO					
ENTIDAD:	COLMENA			SI			☐		
PERIODO:	MARZO								
PLANILLA:	1080858885			NO			X ☐		
I.B.C.:	1,750,905	APORTE:	9,200						
DATOS DEL CONTRATISTA									
NOMBRE CONTRATISTA:	CATALINA RODRIGUEZ GUTIERREZ			<i>Catalina Rodriguez G.</i> FIRMA					
CEDULA DE CIUDADANIA:	1,019,983,003								
E-MAIL:	catalinarodriguezg03@gmail.com								
TELEFONO:	3186024776								
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			 FIRMA					
CARGO:	SECRETARIO DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE								
DEPENDENCIA:	SECRETARIO DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE								
E - MAIL:	transito@facatativa-cundinamarca.gov.co								
TELEFONO:	3188044357								
La presente certificación se expide a los:				7/04/2026					

Revisado
Secretaria Juridica
ygl

