ALCALDÍA DE
FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	SCOTIABANK COLPATRIA	CUENTA:	4771012022	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	1	NUMERO DE FACTURA AY-545
FECHA:	26/02/2026	

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-1074-25 de por el periodo de DICIEMBRE 2025 sin incluir intereses de mora así:☐

IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS	
POR CUENTA PROPIA	

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	DICIEMBRE			PERIODO:	DICIEMBRE		
PLANILLA:	9497140088			PLANILLA:	9497140088		
I.B.C.:		APORTE:		I.B.C.:		APORTE:	

ARL				PENSIONADO	
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			SI	☐
PERIODO:	DICIEMBRE				
PLANILLA:	9497140088			NO	☐
I.B.C.:		APORTE:			

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	OPTIRED A&E ARQUITECTURA Y ENERGIA	
NIT:	900.940.790-8	
E-MAIL:	optired.aye@gmail.com	
TELEFONO:	320 3486523	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 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		
CARGO:	SECRETARIO DE XXXXXXXXXXX MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE XXXXXXXXXX MUNICIPAL	
E - MAIL:		
TELEFONO:		FIRMA

La presente certificación se expide a los:	26/02/2026