ALCALDÍA DE

FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	BBVA	CUENTA:	382320455	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	3	CUENTA DE COBRO N° 03
FECHA:	23/04/2026	

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° FACATATIVÁ-193-2026 de (22/01/2026) 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		
DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS		
POR CUENTA PROPIA		

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	ALIANSALUD			ENTIDAD:	COLENSIONES		
PERIODO:	MARZO			PERIODO:	MARZO		
PLANILLA:	1080283174			PLANILLA:	1080283174		
I.B.C.:	5.141.600	APORTE:	642.700	I.B.C.:	5.141.600	APORTE:	822.700

ARL				PENSIONADO	
ENTIDAD:	POSITIVA			SI	☐
PERIODO:	MARZO				
PLANILLA:	1080283174			NO	X
I.B.C.:	5.141.600	APORTE:	26.900		

DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE CONTRATISTA:	KAREN YULIETH TORRES GUARNIZO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.070.959.635	
E-MAIL:	abg.karenytorresg@gmail.com	
TELEFONO:	3017712208	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:	LUIS ALEJANDRO GAMBOA RIAÑO	
CARGO:	SECRETARIO DE DESPACHO	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y URBANISMO MUNICIPAL	
E - MAIL:	urbanismo@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	3168318005	FIRMA
La presente certificación se expide a los:		(23/04/2026)

Scanned with CamScanner