ALCALDÍA DE
FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	BANCOLOMBIA	CUENTA:	9459626720-9	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	2	CUENTA DE COBRO N° 02
FECHA:	20/04/2026	

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° 986 de (07/11/2025) por el periodo del mesa DICIEMBRE y ENERO 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:	APORTE EMPRESARIAL			ENTIDAD:	APORTE EMPRESARIAL		
PERIODO:	DICIEMBRE-ENERO			PERIODO:	DICIEMBRE-ENERO		
PLANILLA:	1078917688 - 1079804086			PLANILLA:	1078917688 - 1079804086		
I.B.C.:	11.599.000	APORTE:	1.449.900	I.B.C.:	11.599.000	APORTE:	1.943.900

ARL			
ENTIDAD:	APORTE EMPRESARIAL		
PERIODO:	DICIEMBRE-ENERO		
PLANILLA:	1078917688 - 1079804086		
I.B.C.:	11.599.000	APORTE:	282.700

PENSIONADO	
SI	☐
NO	X

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	CARLOS ALBERTO LEIVA IZQUIERDO
CEDULA DE CIUDADANIA:	80.495.789
E-MAIL:	carlosleivatalle@hotmail.com
TELEFONO:	3118821782

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	CARLOS ANDRES PIÑEROS AMIN
CARGO:	SECRETARIO DE GOBIERNO
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE GOBIERNO
E - MAIL:	carlos.piñeros@alcaldiafacatativa.gov.co
TELEFONO:	601-8439101

FIRMA

La presente certificación se expide a los:	20/04/2026