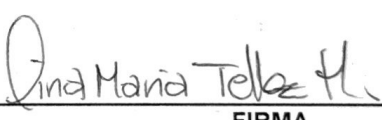
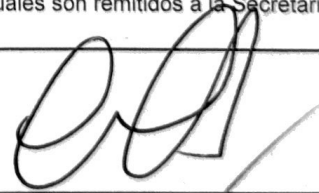


I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION									
BANCO:	BBVA	CUENTA:	382515229	AHORRO:	X	CORRIENTE:			
II. CUENTA DE COBRO									
NUMERO:	3	CUENTA DE COBRO N° 03							
FECHA:	06/05/2026								
III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA									
Certifico bajo gravedad de juramento 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° 448 de (28/01/2026) por el periodo del mes ABRIL 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:	COMPENSAR			ENTIDAD:	COLPENSIONES				
PERIODO:	ABRIL			PERIODO:	ABRIL				
PLANILLA:	1080644357			PLANILLA:	1080644357				
I.B.C.:	2.041.200	APORTE:	255.200	I.B.C.:	2.041.200	APORTE:	326.600		
ARL					PENSIONADO				
ENTIDAD:	COLMENA			SI ☐			NO ☒		
PERIODO:	ABRIL								
PLANILLA:	1080644357								
I.B.C.:	2.041.200	APORTE:	49.800						
DATOS DEL CONTRATISTA									
NOMBRE CONTRATISTA:	LINA MARIA TELLEZ HERNANDEZ								
CEDULA DE CIUDADANIA:	52.818.749								
E-MAIL:	linitat@hotmail.com								
TELEFONO:	3102270395								
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 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 Secretaría Jurídica para su archivo correspondiente.									
NOMBRE SUPERVISOR	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS								
CARGO:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL								
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL								
E - MAIL:	cielo.hernandez@alcaldiafacatativa.gov.co								
TELEFONO:	3006712264								
La presente certificación se expide a los:				(6/05/2026)					



FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO
INFORMACION FINANCIERA

SECRETARÍA					
CDP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
2026000277	5/01/2026	2.3.1906029.2.3.2.02.02 .009MP055.3004	Servicios de asistencia técnica a instituciones prestadoras de servicios de salud SALUD Y PROTECCION SOCIAL aseguramiento y prestación integral de servicios de salud – FUENTE: 3004 OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	20.412.000
CRP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
2026000561	28/01/2026	2.3.1906029.2.3.2.02.02.009.MP055.3004	Servicios de asistencia técnica a instituciones prestadoras de servicios de salud SALUD Y PROTECCION SOCIAL aseguramiento y prestación integral de servicios de salud – FUENTE: 3004 OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	20.412.000
ADICION					
CDP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
CRP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
VII. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO					
BALANCE GENERAL DEL CONTRATO			PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA		
A. CONCEPTO		B. CONTRATO	C. EJECUCION	D. VALOR A CANCELAR	E. BALANCE AMORTIZACION ANTICIPO
1	Valor Inicial del Contrato	20.412.000			
2	Adiciones	-			
3	Valor Total del Contrato (1 + 2)	20.412.000			
4	Anticipo %				
	Acta de Liquidacion 1		5.103.000		
	Acta de Liquidacion 2		5.103.000		
	Acta de Liquidacion 3		5.103.000		
	Acta de Liquidacion 4				
5	Acta de Liquidacion 5				
	Acta de Liquidacion 6				
	Acta de Liquidacion 7				
	Acta de Liquidacion 8				
	Acta de Liquidacion 9				
	Acta de Liquidacion 10				
	Acta de Liquidacion 11				
6	Saldo por Ejecutar Amortizar		5.103.000		
	Sumas Iguales	20.412.000,00	20.412.000		
SALDO A LIBERAR:		CINCO MILLONES CIENTO TRES MIL PESOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE M/CTE			

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO					
CONTRATO:	448-2026	DE	28/01/2026		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD Y A INSTITUCIONES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE EN EL FORTALECIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ				
CONTRATISTA:	LINA MARIA TELLEZ HERNANDEZ			CEDULA DE CIUDADANIA Ó NIT:	
				52.818.749	
II. CONTRATO					
FECHA DE INICIO	O6	DE	FEBRERO	DE	2026
CONTRATO ADICIONAL	TIEMPO(DIAS CALENDARIO)				
FECHA DE FINALIZACION:	O5	DE	JUNIO	DE	2026
III. INFORMACION ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL/ANTICIPO					
ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL	X		ANTICIPO		
NUMERO DE ACTA	3		PORCENTAJE DE ANTICIPO		
PERIODO DEL ACTA	DEL 06 DE ABRIL 2026 AL 05 DE MAYO 2026				
VALOR DEL ACTA	CINCO MILLONES CIENTO TRES MIL PESOS M/CTE ((\$ 5.103.000)				
IV.FORMA DE PAGO					
FORMA DE PAGO: La Alcaldía Municipal de Facatativá pagará al contratista la suma de VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL PESOS (\$20.412.000) M/CTE., esto de la siguiente forma: a) CUATRO (04) pagos iguales mensuales vencidos por la suma de CINCO MILLONES CIENTO TRES MIL PESOS (\$5.103.000) M/CTE cada uno. Los pagos anteriores se efectuarán previa verificación de la prestación efectiva del servicio, presentación del informe mensual de actividades, presentación de la factura o cuenta de cobro y pago de seguridad social, recibidos a satisfacción por parte del supervisor. El pago final queda sujeto además de los anteriores requisitos, al recibo a satisfacción del inventario de los elementos entregados en custodia al contratista y a la presentación del informe final de actividades. La Alcaldía Municipal de Facatativá efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia.					
V. AUTORIZACION DE TRAMITE DE PAGO					
BIEN O SERVICIO ENTREGADO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD Y A INSTITUCIONES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE EN EL FORTALECIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ.				
OBSERVACIONES					
1)INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES 2) COPIA PLANILLA DE PAGO: SALUD, PENSION, ARL 3) CUENTA DE COBRO N° 03					

