

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:	3	CUENTA DE COBRO N° 3
FECHA:	06/05/2026	

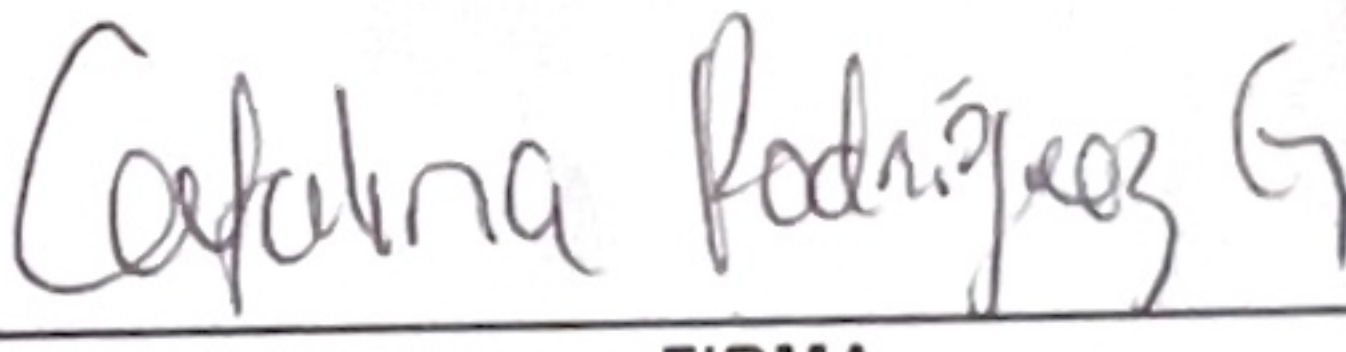
III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA

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° 384 de (24/01/2026) por el periodo del mes ABRIL sin incluir intereses de mora así:

IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

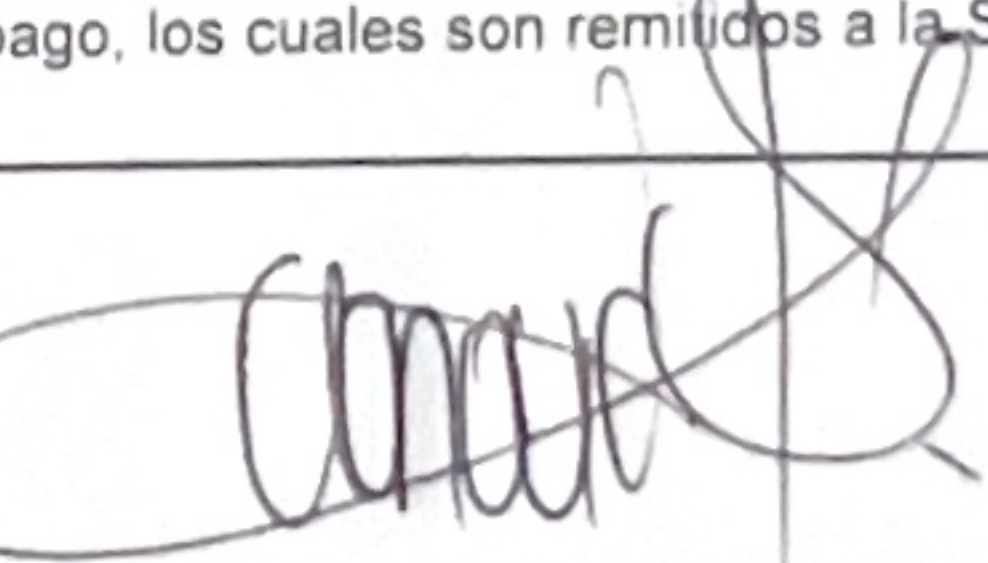
TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:		CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		X
		DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS		
		POR CUENTA PROPIA		
SALUD		PENSION		
ENTIDAD:	SANITAS	ENTIDAD:	COLPENSIONES	
PERIODO:	ABRIL	PERIODO:	ABRIL	
PLANILLA:	1080874253	PLANILLA:	1080874253	
I.B.C.:	1,750,905	APORTE:	218,900	
ARL		PENSIONADO		
ENTIDAD:	COLMENA	SI ☐		
PERIODO:	ABRIL	NO X ☐		
PLANILLA:	1080874253			
I.B.C.:	1,750,905	APORTE:	9,200	

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	CATALINA RODRIGUEZ GUTIERREZ	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1,019,983,003	
E-MAIL:	catalinarodriguezg03@gmail.com	
TELEFONO:	3186024776	
		FIRMA

V. CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

- 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.
- El contratista realizó los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL.
- Los aportes realizados por el contratista corresponden al periodo y monto establecidos por ley para la cotización.
- El contratista cumplió y entregó todos los soportes establecidos para el trámite del pago, los cuales son remitidos a la Secretaria Juridica para su archivo correspondiente.

NOMBRE SUPERVISOR	JUAN DAVID GONZALEZ CAMACHO	
CARGO:	SECRETARIO DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE	
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE MOVILIDAD, TRÁNSITO Y TRANSPORTE	
E - MAIL:	transito@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	3188044357	FIRMA

La presente certificación se expide a los:

6/05/2026