ALCALDÍA DE
FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	BANCOLOMBIA	CUENTA:	22180925191	AHORRO:	XXX	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	2	FACTURA N° FRM 523
FECHA:	22/04/2026	

III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA

Certifico bajo gravedad de juramento y de conformidad con la certificacion expedida por el Sra.JYNETH PAOLA OCHOA MENDEZ Rte Legal y YULIANA VANESSA PEREZ FRANCO Revisora fiscal, el dia 14 de abril de 2026, que cumple con las obligaciones y pagos de seguridad social y aportes parafiscales de acuerdo con la Factura No. FRM 523, para el Convenio Nº FACATATIVA-598-26 del 30/01/2026 por el periodo del mes FEBRERO - 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	X
POR CUENTA PROPIA	

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	PLANILLA INSTITUCIONAL			ENTIDAD:	PLANILLA INSTITUCIONAL		
PERIODO:	MARZO			PERIODO:	FEBREERO		
PLANILLA:	52962149			PLANILLA:	52962149		
I.B.C.:		APORTE:		I.B.C.:		APORTE:	

ARL	
ENTIDAD:	PLANILLA INSTITUCIONAL
PERIODO:	MARZO
PLANILLA:	52962149
I.B.C.:	APORTE:

PENSIONADO	
SI	☐
NO	X

DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE CONTRATISTA:	FUNDACION REMANSO DE PAZ REMAPAZ, Rte Legal YINNETH PAOLA OCHOA MENDEZ	
CEDULA DE CIUDADANIA:	900.439.716-5 // 52.859.585	
E-MAIL:	fundacionremapaz@gmail.com	
TELEFONO:	316-3058890	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	JORGE LUIS VELASQUEZ BERNAL	
CARGO:	SECRETARIO DE INTEGRACION Y DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARIO DE INTEGRACION Y DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL	
E - MAIL:	Jorge.velasquez@alcaldiafacatativa.gov.com	
TELEFONO:	3103048096	FIRMA
La presente certificación se expide a los:	22/04/2026	