FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	DAVIVIENDA	CUENTA:	1669996462	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO		
NUMERO:	2	**FACTURA MCFE No. 226**
FECHA:	13/04/2026	

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 FACATATIVA Nº 973-25 de fecha 30/10/2025 por el periodo del mes Del 21 de noviembre al 27 de noviembre de 2025 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:	INSTITUCIONAL			ENTIDAD:	INSTITUCIONAL		
PERIODO:	NOVIEMBRE			PERIODO:	OCTUBRE		
PLANILLA:	91391736			PLANILLA:	91391736		
I.B.C.:	$ 42.763.500	APORTE:	$ 1.824.600	I.B.C.:	$ 42.763.500	APORTE:	$ 1.824.600

ARL			
ENTIDAD:	INSTITUCIONAL		
PERIODO:	NOVIEMBRE		
PLANILLA:	91391736		
I.B.C.:	$ 42.763.500	APORTE:	$ 1.824.600

PENSIONADO	
SI	
NO	x

DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE CONTRATISTA:	MULTIASERVI CONSULTORES LTDA	
CEDULA DE CIUDADANIA:	830133580-2	
E-MAIL:	notificaciones@multiaservi.com	
TELEFONO:	3125213601	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	MILLER DANIEL SERRATO CRUZ	
CARGO:	SECRETARIO DE TRANSITO MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE	
E - MAIL:	transito@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	3188044357	FIRMA
La presente certificación se expide a los:	13/04/2026	