





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:	1	FACTURA MCFE No. 225					
FECHA:	18/01/2026						
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 N° 973-25 de fecha 30/10/2025 por el periodo del mes Del 04 de Noviembre al 20 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			
				POR CUENTA PROPIA			
				X			
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				PENSIONADO			
ENTIDAD:	INSTITUCIONAL			SI <input type="checkbox"/>			
PERIODO:	NOVIEMBRE			NO <input checked="" type="checkbox"/>			
PLANILLA:	91391736						
I.B.C.:	\$ 42.763.500	APORTE:	\$ 1.824.600				
DATOS DEL CONTRATISTA							
NOMBRE CONTRATISTA:	MULTIASERVI CONSULTORES LTDA						
CEDULA DE CIUDADANIA:	830133580-2						
E-MAIL:	<a href="mailto:notificaciones@multiaservi.com">notificaciones@multiaservi.com</a>						
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:	<a href="mailto:transito@facatativa-cundinamarca.gov.co">transito@facatativa-cundinamarca.gov.co</a>						
TELEFONO:	3188044357			FIRMA			
La presente certificación se expide a los:				18/01/2026			

