



**FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO**

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION							
BANCO:	AV. VILLAS	CUENTA:	88760330	AHORRO:	X	CORRIENTE:	
II. CUENTA DE COBRO							
NUMERO:	4	CUENTA DE COBRO N° 04					
FECHA:	09/06/2026						
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° FACATATIVA 203-26 de (23/01/2026) por el periodo del mes de MAYO sin incluir intereses de mora así:							
IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL							
TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:				CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		<input checked="" type="checkbox"/>	
				DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS			
				POR CUENTA PROPIA			
SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	COMPENSAR			ENTIDAD:	PORVENIR		
PERIODO:	MAYO			PERIODO:	MAYO		
PLANILLA:	9504175103			PLANILLA:	9504175103		
I.B.C.:	1.750.902	APORTE:	218.900	I.B.C.:	1.750.902	APORTE:	280.200
ARL				PENSIONADO			
ENTIDAD:	COLMENA			SI <input type="checkbox"/>  NO <input checked="" type="checkbox"/>			
PERIODO:	MAYO						
PLANILLA:	9504175103						
I.B.C.:	1.750.902	APORTE:	42.700				
DATOS DEL CONTRATISTA							
NOMBRE CONTRATISTA:	BRAYAN STEVEN GÓMEZ LINARES						
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.022.417.889						
E-MAIL:	brasteveb96@gmail.com						
TELEFONO:	3195712378						
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	IVAN RICARDO ARCINIEGAS BORBON						
CARGO:	SECRETARIO DE DESPACHO (E)						
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y URBANISMO						
E - MAIL:	urbanismo@facatativa-cundinamarca.gov.co						
TELEFONO:	3168318005						
La presente certificación se expide a los:				(09/06/2026)			

