ALCALDÍA DE
FACATATIVÁ

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	BBVA	CUENTA:	0382003564	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	4	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.TUFE 2405
FECHA:	03/06/2026	

III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA

Certifico bajo gravedad de juramento que la entidad se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones legales con relación a todos sus empleados con los sistemas de Salud, Pensión, ARL y CCF, así como el pago debido de Impuesto de Renta y Complementario y sus Autorretenciones, de acuerdo al contrato FACATATIVA-1078-25 de 31/12/2025 por el periodo de ABRIL-MAYO sin incluir intereses de mora.

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:	PLANILLA EMPRESARIAL		ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL	
PERIODO:	ABRIL-MAYO		PERIODO:	ABRIL-MAYO	
PLANILLA:	9504420160		PLANILLA:	9504420160	
I.B.C.:	APORTE:		I.B.C.:	APORTE:	

ARL			PENSIONADO	
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		SI	☐
PERIODO:	ABRIL-MAYO		NO	☐
PLANILLA:	9504420160			
I.B.C.:	APORTE:			

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	TURISMO NACIONAL TURISNAL SAS	
CEDULA DE CIUDADANIA:	830.070.084-9	
E-MAIL:	Turisnal ltda@hotmail.com	
TELEFONO:	891-5003 310 3217426	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	MIRELLA SAAVEDRA BERNAL	
CARGO:	SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE EDUCACION MUNICIPAL	
E - MAIL:	secretario@sedfacatativa.gov.co	
TELEFONO:	8424820	FIRMA

La presente certificación se expide a los:	3/06/2026