FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	BAN100	CUENTA:	1103010000833	AHORRO:		CORRIENTE:	X

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	4	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.FEI 907
FECHA:	23/06/2026	

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-766-25- de 30/07/2025 por el periodo de NOVIEMBRE-DICIEMBRE 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	

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	NOVIEMBRE-DICIEMBRE			PERIODO:	NOVIEMBRE-DICIEMBRE		
PLANILLA:	35703815			PLANILLA:	35703815		
I.B.C.:		APORTE:		I.B.C.:		APORTE:	

ARL			
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	NOVIEMBRE-DICIEMBRE		
PLANILLA:	35703815		
I.B.C.:		APORTE:	

PENSIONADO	
SI	☐
NO	☐

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	INNOVACION TECNOLOGICA COLOMBIANA INTEGCO LTDA	
CEDULA DE CIUDADANIA O NIT:	830076864-4	
E-MAIL:	gerencia@integco.com.co	
TELEFONO:	2111575 - 3133865782	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 periodo 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:	SECRETARIO DE EDUCACION MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL	
E - MAIL:	secretario@sedfacatativa.gov.co	
TELEFONO:	8424820	FIRMA

La presente certificación se expide a los: 23/06/2026