

3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505181946	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/30	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/30	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/30	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ERIKA JOHANA MUÑOZ BECERRA PS_2281_2026_AE812C ERIKA JOHANA MUÑOZ BECERRA CC: 1095929842
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_2281_2026_AE812C NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 NATALY DUQUE SALAZAR PS_2281_2026_AE812C NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ERIKA JOHANA MUÑOZ BECERRA			CC:	1095929842
CORREO ELECTRÓNICO:	MUNOZBECERRAERIKAJOHANA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3232382008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11 SUR NO. 8 -53			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008300788869
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2281 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.160.500
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				

 ERIKA JOHANA MUÑOZ BECERRA
PS_2281_2026_AE812C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ERIKA JOHANA MUÑOZ BECERRA
CC: 1095929842
CEL: 3232382008

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1095929842		MUÑOZ BECERRA ERIKA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cil 4 sur No 11c - 11 policarpa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	1000000051	9505181946	I	2026/06/10	2026/06/30	BANCO DE BOGOTA	\$550,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$4,200	\$0	\$284,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$4,200	\$0	\$284,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$700	\$0	\$43,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$700	\$0	\$43,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$3,300	\$0	\$222,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$3,300	\$0	\$222,200
TOTAL				1	\$541,800	\$8,200	\$0	\$550,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1095929842		MUÑOZ BECERRA ERIKA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cil 4 sur No 11c - 11 policarpa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000051	9505181946	I	2026/06/10	2026/06/30	BANCO DE BOGOTA	20	\$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1095929842	MUÑOZ ERIKA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5005	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0