FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	BANCOLOMBIA	CUENTA:	91231134391	AHORRO:	X	CORRIENTE:	

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	FE-46	FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE-46
FECHA:	12/08/2025	

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 Nº 501-2025 de (02-05-2025) por el periodo del 2 de mayo de 2025 a 9 de junio de 2025, se registra la informacion correspondiente al mes de junio.

IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS	X
POR CUENTA PROPIA	

SALUD				PENSION			
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL			ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	05/23/2025			PERIODO:	05/23/2025		
PLANILLA:	33803295			PLANILLA:	33803295		
I.B.C.:	$ 1.423.500,00	APORTE:	$ 22.900	I.B.C.:	$ 1.423.500,00	APORTE:	$ 45.700

ARL			
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL		
PERIODO:	05/23/2025		
PLANILLA:	33803295		
I.B.C.:	$ 1.423.500,00	APORTE:	$ 22.900,00

PENSIONADO	
SI	☐
NO	X

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	CAPPING INGENIERIA Y ARQUITECTURA SAS	
CEDULA DE CIUDADANIA:	900633259-1	
E-MAIL:	proyectoscapping@gmail.com	
TELEFONO:	3108106061	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	ING. GUSTAVO ALFONSO VARGAS LEYTON	
CARGO:	SECRETARIO DE OBRAS PUBLICAS MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE OBRAS PUBLICAS MUNICIPAL	
E - MAIL:	obras@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	8438174-3188010894	FIRMA
La presente certificación se expide a los:	21/10/2025	