# 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 mayo.

## 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: | 33540613 | | | PLANILLA: | 33540613 | | |
| I.B.C.: | $ 1.423.500,00 | APORTE: | $ 178.000 | I.B.C.: | $ 1.423.500,00 | APORTE: | $ 227.800 |

| ARL | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD: | PLANILLA EMPRESARIAL | | |
| PERIODO: | 05/23/2025 | | |
| PLANILLA: | 33540613 | | |
| I.B.C.: | $ 1.423.500,00 | APORTE: | $ 7.300,00 |

| 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 | |