

FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION

BANCO:	BANCOOMEVA	CUENTA:	50405486501	AHORRO:	XX	CORRIENTE:	
--------	------------	---------	-------------	---------	----	------------	--

II. CUENTA DE COBRO

NUMERO:	1	FACTURA N° 6675
FECHA:	27/03/2026	


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 N° 1064-25 de (15/12/2025) por el periodo del mes NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2025-ENERO-FEBRERO-MARZO 2026 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		X
		POR CUENTA PROPIA		
SALUD		PENSION		
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL	ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL	
PERIODO:	DICIEMBRE-ENERO-FEBRERO-MARZO	PERIODO:	NOVIEMBRE-DICIEMBRE-ENERO-FEBRERO	
PLANILLA:	64345345, 629724, 628969, 45648598, 5647022, 64820189, 92149603, 92293673, 91218011	PLANILLA:	64345345, 629724, 628969, 45648598, 5647022, 64820189, 92149603, 92293673, 91218011	
I.B.C.:	<small>PLANILLA EMPRESARIAL</small> APORTE: 247.578.200	I.B.C.:	<small>PLANILLA EMPRESARIAL</small> APORTE: 247.578.200	
ARL		PENSIONADO		
ENTIDAD:	PLANILLA EMPRESARIAL	SI <input type="checkbox"/>		
PERIODO:	DICIEMBRE-ENERO-FEBRERO-MARZO	NO <input checked="" type="checkbox"/>		
PLANILLA:	64345345, 629724, 628969, 45648598, 5647022, 64820189, 92149603, 92293673, 91218011			
I.B.C.:	<small>PLANILLA EMPRESARIAL</small> APORTE: 247.578.200			

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA:	EPIA SAS	 FIRMA
CEDULA DE CIUDADANIA:	830096621-7	
E-MAIL:	epia@hotmail.com	
TELEFONO:	3212142639	

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	CARLOS ANDRES PIÑEROS AMÍN	FIRMA
CARGO:	SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL	
DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL	
E - MAIL:	gobierno@facatativa-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO:	3153032148	

La presente certificación se expide a los: 27/03/2026

