

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE						420593	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1030614162						
CORREO	katermuxoz@misena.edu.co	CELULAR	3142238098						
PROCESO:	Cartera y Glosas								
SERVICIO:	Cartera y Glosas		UNIDAD:			Centro De Servicios			
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00								
BANCO	12		TIPO CUENTA			AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		450670030326							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2448-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	198	FECHA	28/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	9697	FECHA	01/02/2025
NÚMERO DE CDP: 2	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 2	24261	FECHA	30/04/2025
NÚMERO DE CDP: 3	877	FECHA	25/06/2025	NÚMERO DE CRP: 3	32638	FECHA	30/06/2025
NÚMERO DE CDP: 4	1143	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 4	41413	FECHA	31/08/2025
NÚMERO DE CDP: 5	1322	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 5	46542	FECHA	29/09/2025
NÚMERO DE CDP: 6	1471	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 6	51387	FECHA	30/10/2025
NÚMERO DE CDP: 7	1632	FECHA	20/11/2025	NÚMERO DE CRP: 7	54706	FECHA	30/11/2025
NÚMERO DE CDP: 8	1786	FECHA	18/12/2025	NÚMERO DE CRP: 8	59340	FECHA	19/12/2025

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2025		31	12	2025
TIPO SERVICIOS	Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%		0			
VALOR MES	3,827,207		VALOR LETRAS					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

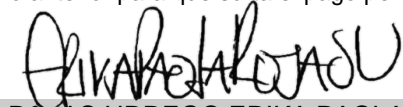
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	42,099,277
VALOR EJECUTADO:	42,099,277
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,827,207
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

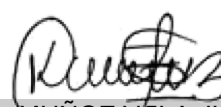
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
92209674	202,900	259,600	3	39,600	32,500	534,600
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



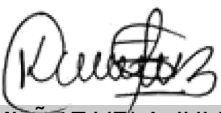
MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.