

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CASTAÑEDA ZAPATA MARIA LILIANA								439407		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52645617									
CORREO	3118761955	CELULAR	lilicst2411@gmail.com									
PROCESO:	EBEH											
SERVICIO:	EBEH		UNIDAD:				Chapinero					
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											
BANCO	28		TIPO CUENTA				SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3339-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	296	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 1	14806	FECHA	28/02/2026				
NÚMERO DE CDP: 2	264	FECHA	09/02/2026	NÚMERO DE CRP: 2	12767	FECHA	13/02/2026				

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	2026

TIPO SERVICIOS Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES 2,980,800 VALOR LETRAS

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta 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:	8,942,400
VALOR EJECUTADO:	955,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	388,800
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	24
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,986,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	10.69 %

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
9501754482	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900
	0	0		0	0	

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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTAÑEDA ZAPATA MARIA LILIANA
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.