| Proceso: | Gestión Financiera | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento: | Formato Certificación de cumplimiento y autorización de pago | Código: | GF-FT-18 | Versión: | 13 |

## I. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA | NIT O C.C.No. |
|---|---|
| ANDREA CATALINA FRAILE | 1.012.453.292 |

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CEDENTE**

**TIPO DE ACUERDO**

| CONTRATO | | CONVENIO | | RESOLUCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|

| No. | FUGA-112-2026 | CON FECHA (Día-Mes-Año): | 30 de enero de 2026 | FECHA DE INICIO (Día-Mes-Año): | 3/02/2026 |
|---|---|---|---|---|---|

**PLAZO DE EJECUCIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato será de SEIS (6) MESES.

| OBJETO CONTRACTUAL | FORMA DE PAGO |
|---|---|
| PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CORPORATIVA. | El valor del contrato se pagará en mensualidades vencidas cada una por valor de TRES MILLONES TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($3.036.000)), incluidos todos los tributos, impuestos, tasas, contribuciones y/o gravámenes a que haya lugar con corte al último día calendario del mes del inicio de ejecución del contrato, previo cumplimiento de las obligaciones y los requisitos para el pago. |

**DATOS DEL CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL CRP (Tomar los datos del listado mensual de CRP que se envía desde el área de Presupuesto)**

| CRP No. FUGA y SAP | Fecha CRP | Valor CRP | Rubro (Número y descripción) | Concepto del gasto (Número y descripción) | Fondo (Número y descripción) | Convenio y FDL (si aplica) | Valor del presente pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 245-5001024691 | **30/01/2026** | 18.216.000 | O23011745992024001109023 - Fortalecimiento institucional de la FUGA Bogotá D.C. | O232020200885940 Servicios administrativos combinados de oficina | 1-100-F001 VA-RECURSOS DISTRITO | N/A | 3.036.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | | **18.216.000** | | | | **TOTAL PRESENTE PAGO** | 3.036.000 |

**PAGO No.** 3 **DE** 7 **PERIODO** Abril

**ESTADO PRESUPUESTAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | 18.216.000 |
| 2 | ADICIONES | $ | - |
| 3 | REDUCCIONES | $ | - |
| 4 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ | 18.216.000 |
| 5 | VALOR TOTAL PAGADO SIN INCLUIR EL PRESENTE PAGO | $ | 5.667.200 |
| 6 | VALOR PRESENTE PAGO | $ | 3.036.000 |
| 7 | SALDO POR EJECUTAR DEL CONTRATO (4-5-6) | $ | 9.512.800 |

**RELACIÓN DE PAGOS EFECTUADOS, SIN INCLUIR EL PRESENTE PAGO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2.631.200 | 5 | | 9 | | 13 | |
| 2 | 3.036.000 | 6 | | 10 | | 14 | |
| 3 | | 7 | | 11 | | 15 | |
| 4 | | 8 | | 12 | | 16 | |

**TOTAL PAGADO SIN INCLUIR EL PRESENTE PAGO** 5.667.200,00

**OBSERVACIONES**

**INFORMACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA ANEXÓ EL SOPORTE DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y/O CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES DEL MES ANTERIOR DE ACUERDO CON EL DECRETO 1273 DE 23 DE JULIO DE 2018, EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIOÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS VIGENTES.

**SALARIO BASE DE COTIZACIÓN (40% del valor pagado) Nota: Para el primer pago el contratista deberá acreditar su afiliación al sistema de seguridad social integral ( Salud, Pensión y ARL)** $ 1.214.400

**SÍ EL PAGO CORRESPONDE A PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES MARCAR LA CASILLA** ☑

| PERSONA NATURAL | | | PERSONA JURÍDICA | PERIODO DE PAGO |
|---|---|---|---|---|
| **PENSIÓN (16%):** | **VALOR:** | **$ 194.304** | **CERTIFICACIÓN DE ESTAR AL DÍA EN EL PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE SUS EMPLEADOS Y APORTES PARAFISCALES** ☐ | **Abril** |
| **SALUD (12.5%):** | **VALOR:** | **$ 151.800** | | |
| **ARL -** Indique el tipo de riesgo (I, II o III) Riesgo I | **VALOR:** | **$ 6.339** | SI ☐ NO ☐ | |

**CERTIFICACIONES**

| SUPERVISOR DEL CONTRATO | APOYO A LA SUPERVISION (SI APLICA) |
|---|---|
| CERTIFICO EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO Y OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, DE ACUERDO CON EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO RECONOCIDO EN ESTA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO. | LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN ESTE PAGO FUERON REVISADOS. ESTA REVISIÓN NO EXIME DE LA RESPONSABILIDAD AL SUPERVISOR. |

| NOMBRE DEL SUPERVISOR | LILIANA PATRICIA HERNANDEZ HURTADO | CARGO | Subdirectora de Gestión Corporativa | NOMBRE | N/A | CARGO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ANEXOS PARA EFECTUAR EL PAGO (Ver Nota)**

| | | |
|---|---|---|
| - FACTURA ELECTRÓNICA | ☐ | **No. Fac:** |
| - ENTRADA DE ALMACÉN | ☐ | **No. EA:** |
| - PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | ☐ | |
| - INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA | ☑ | |
| - OTRO | ☐ | CUÁL? |

CUENTA: AHORROS ☑ CORRIENTE ☐ No. 143384329

CHEQUE ☐ NOMBRE DEL BANCO BANCO DE BOGOTA

Radicado: **20262000047233**
Fecha 13-05-2026 18:58

**El Documento 20262000047233 fue firmado electrónicamente por:**
**Liliana Patricia Hernández Hurtado** ,
Subdirección de Gestión Corporativa,
ID: 1026256195,
lhernandez@fuga.gov.co,
Fecha firma: 13-05-26 19:00:54

cc990478880134ab5a2b0afab9ad11b89e49768d6464c4926379caf729ca902d
Codigo de Verificación CV: 16278