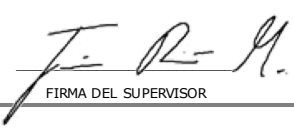


 Unidad de Planeación Misión Carigada	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTRATISTAS				Código: FOR-GFI-009		
					Fecha: 10/06/2026		
					Versión: 01		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO/CONVENIO							
NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL	Hollman Tarazona Galindo	NÚMERO DE PAGO	7	PLAZO EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO	MES O PERIODO A PAGAR	Julio 2026	
		No. IDENTIFICACIÓN	1098707017		FECHA DE INICIO	23/01/2026	
NATURALEZA	Persona Natural	No. CONTRATO	CO1.PCCNTR.8995196		FECHA TERMINACIÓN (INICIAL)	22/12/2026	
¿EL CONTRATO HA TENIDO CESIÓN?	NO	FECHA DE INICIO DE LA CESIÓN	NO APLICA		FECHA FINAL CON PRORROGA		
NOMBRE CONTRATISTA ANTERIOR	NO APLICA	LUGAR DE EJECUCIÓN	BOGOTÁ		FECHAS SUSPENSIÓN		
		VALOR HONORARIOS MENSUALES (APLICA PARA CTOS. DE PRESTACION DE SERVICIOS)	\$ 6.000.000		FECHA TERMINACIÓN		
					PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	ONCE (11) MESES	
OBJETO DEL CONTRATO		Prestar servicios profesionales para apoyar a la Oficina de Tecnologías de la Información en la definición y/o actualización del plan estratégico de tecnologías de información y en la gestión de los proyectos de su mapa de ruta.					
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL PARA PAGO							
No. DE CDP	No REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA RP	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR ASIGNADO RUBRO PRESUPUESTAL	MODIFICACIONES (ADICIONES / REDUCCIONES)	VALOR FINAL RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR AUTORIZADO EN EL MES O PERIODO DE PAGO
28326	17126	09/02/2026	C-2199-1900-5-531058-2199067-02	\$ 66.000.000,00	\$ -	\$66.000.000,00	\$ 6.000.000,00
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
				\$ -	\$ -	\$0,00	\$ -
TOTALES				\$ 66.000.000,00	\$ -	\$66.000.000,00	\$ 6.000.000,00
SEGUIMIENTO FINANCIERO							
VALOR INICIAL HONORARIOS (CONFORME AL CLAUSULADO)	\$ 66.000.000	PAGOS EJECUTADOS			\$ 37.600.000	FECHA DE CORTE DEL PERIODO A PAGAR	31/07/2026
VALOR MODIFICACIÓN HONORARIOS (ADICIONES/REDUCCIONES)	\$ -	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			\$ 28.400.000		
VALOR TOTAL HONORARIOS	\$ 66.000.000	SALDO A LIBERAR HONORARIOS			\$ -	% EJECUCIÓN EN TIEMPO	57%
PAGOS PROGRAMADOS	\$ 66.000.000					% EJECUCIÓN EN PRESUPUESTO	57%
RELACION DE PAGOS							
NÚMERO DE PAGO	PAGO PROGRAMADO HONORARIOS			PAGO EJECUTADO HONORARIOS		VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	
Pago No. 1	\$	1.600.000,00	\$	1.600.000,00	\$	-	
Pago No. 2	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 3	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 4	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 5	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 6	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 7	\$	6.000.000,00	\$	6.000.000,00	\$	-	
Pago No. 8	\$	6.000.000,00			\$	6.000.000	
Pago No. 9	\$	6.000.000,00			\$	6.000.000	
Pago No. 10	\$	6.000.000,00			\$	6.000.000	
Pago No. 11	\$	6.000.000,00			\$	6.000.000	
Pago No. 12	\$	4.400.000,00			\$	4.400.000	
Pago No. 13					\$	-	
Pago No. 14					\$	-	
Pago No. 15					\$	-	
Pago No. 16					\$	-	
Pago No. 17					\$	-	
Pago No. 18					\$	-	
Pago No. 19					\$	-	
Pago No. 20					\$	-	
TOTAL	\$	66.000.000,00	\$	37.600.000,00	\$	28.400.000,00	
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR							
No. RADICADO SOPORTES	202601150374782	En calidad de supervisor del Contrato /Convenio anotado, manifiesto que el contratista: 1. Cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas 2. Que el contratista desarrollo las actividades descritas en el informe de actividades adjunto. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social realizados por el contratista y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. 3. Que se cargó y aprobó en SECOP II los soportes respectivos para pago. Por lo antes certificado y en cumplimiento de la forma de pago del contrato, autorizo la liquidación y pago de la presente cuenta.					
No. CUENTA DE COBRO O FACTURA	7						
No. PLANILLA	9506577822						
PERIODO COTIZADO	JULIO						
MODALIDAD	ANTICIPADO						
AUTORIZACIÓN DE PAGOS							
NOMBRE DEL SUPERVISOR	Jairo Riaño Moreno	CARGO	Profesional Especializado		DEPENDENCIA	OTI	
NOMBRE DEL SUPERVISOR		CARGO			DEPENDENCIA		
 FIRMA DEL SUPERVISOR				FIRMA DEL SUPERVISOR			