

Cuenta de cobro No. 01

6 de noviembre del 2025

Contraloría General de la República
NIT. 899.999.067-2

Debe a:

SEBASTIÁN CASTILLO QUITIAN
C.C. 1.032.469.409

La suma de:

CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/L (\$5.900.000)

Por concepto de:

Servicio	Valor
Prestación de servicios profesionales – Contrato CGR No. 445 de 2025 Periodo a cobrar (07/10/2025 a 06/11/2025)	\$ 5.900.000
Total	\$ 5.900.000

Atentamente,



Nombre Sebastián Castillo Quitian
CC. 1.032.469.409
Dirección: Calle 60 No 38-41
Celular: 3233272969

Información Bancaria:
Cta. De Ahorros No. 912-222898-29 Bancolombia
Titular: Sebastián Castillo Quitian

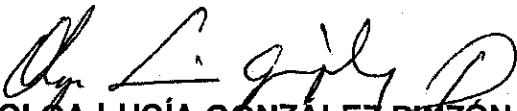
EL SUPERVISOR DEL CONTRATO N° CGR-445-2025

CERTIFICA

Que en mi calidad de supervisora del contrato No. CGR 445 de 2025, suscrito con el contratista **SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN**, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.032.469.409 de Bogotá D.C., cumplió a entera satisfacción con el objeto del contrato, durante el periodo comprendido entre el 07 de octubre al 06 de noviembre de 2025.

Lo anterior teniendo en cuenta el informe de ejecución contractual presentado por el contratista y la planilla de seguridad social.

Se expide en Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de noviembre de 2025.



OLGA LUCÍA GONZÁLEZ PINZÓN
Directora de Carrera Administrativa *LP*

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN, en calidad de contratista del contrato No. 445 del 2025 de octubre de 2025, suscrito con la Contraloría General de la República; describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del contrato para el período comprendido entre 07 de octubre al 06 de noviembre de 2025 así:

I. ACTIVIDADES

No	ACTIVIDADES (deben ser las de su contrato)	DESCRIPCIÓN
1	Brindar apoyo jurídico a la Dirección de Carrera Administrativa en la supervisión que debe ejercer en el desarrollo del Concurso Abierto de Méritos 2024-2026, en cada una de sus etapas.	Para el periodo en mención se realizó el apoyo jurídico requerido, así mismo se realizó la auditoría a la verificación de requisitos mínimos de 237 aspirantes inscritos al Concurso Abierto de Méritos 2024-2026.
2	Sustanciar y proyectar las respuestas a los derechos de petición, solicitudes, requerimientos internos y externos, reclamaciones y demás actuaciones judiciales y administrativas donde sea parte la Contraloría General de la República, en el marco del Concurso Abierto de Méritos 2024-2026.	En este período contractual no hubo lugar a desarrollar algo más que hubiere determinado el supervisor con la finalidad del objeto contractual
3	Dar respuesta a las acciones de tutela asignadas, así mismo adelantar los trámites posteriores como son oficios de publicación, impugnaciones y demás acciones que se requieran, así como adelantar la gestión documental de las mismas.	<p>Durante el periodo informado se sustanciaron y proyectaron las siguientes acciones de tutela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIGEDOC 2025EE0221998 • SIGEDOC 2025EE0221926 • SIGEDOC 2025EE0222000 • SIGEDOC 2025EE0224685 • SIGEDOC 2025EE0231689 <p>Ver Anexo</p>
4.	Revisar los actos administrativos, a través de los cuales se resuelvan las reclamaciones de primera y segunda instancia presentadas por los aspirantes al Concurso Abierto de Méritos 2024-2026.	Para el periodo en mención se realizó el apoyo jurídico a 4 RECLAMACIONES, que dieron lugar al Concurso Abierto de Méritos 2024-2026 en primera instancia.

5	Sustanciar las consultas y/o solicitudes presentadas al Consejo Superior de Carrera Administrativa o a la Comisión de Personal relacionadas con el Concurso Abierto de Méritos 2024-2026.	En este período contractual no hubo lugar a desarrollar algo más que hubiere determinado el supervisor con la finalidad del objeto contractual
6	Asistir a las reuniones y mesas de trabajo que sean requeridas por el supervisor del contrato en cumplimiento del objeto contractual.	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión Reclamaciones - 8 de octubre 2025 (8:00 am) • Reunión Reclamaciones – 28 de octubre 2025 (10:00 am) Ver anexo
7	Adelantar la gestión documental de los asuntos asignados de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por LA CONTRALORIA.	Durante el periodo informado se adelantó la gestión documental de los siguientes radicados: <ul style="list-style-type: none"> • SIGEDOC 2025EE0221998 • SIGEDOC 2025EE0221926 • SIGEDOC 2025EE0222000 • SIGEDOC 2025EE0224685 • SIGEDOC 2025EE0231689
8	Las demás que determine el supervisor y que tengan como finalidad cumplir el objeto contractual.	En este período contractual no hubo lugar a desarrollar algo más que hubiere determinado el supervisor con la finalidad del objeto contractual.

II. EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

1. PROYECTO ACCIONES DE TUTELA:

- SIGEDOC 2025EE0221998
- SIGEDOC 2025EE0221926
- SIGEDOC 2025EE0222000
- SIGEDOC 2025EE0224685
- SIGEDOC 2025EE0231689

Sebastian Castillo Quitian (C)
Para: CGR Concurso 2024

Responder Responder a todos Reenviar

Jue 30/10/2023 7:00

PROYECTO CONTESTACION ...
191 KB

Cordial saludo estimada Dra.

Por medio del presente remito proyecto de contestación al Auto Sustanciación 1056, quedo pendiente a cualquier requerimiento adicional o que haya lugar a modificar el documento aportado

Responder Reenviar


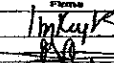
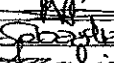

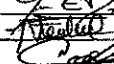

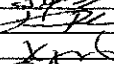
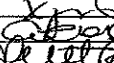
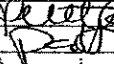






2. VERIFICACION DE REQUISITOS MINIMOS

ABOGADO	TOTAL, ASIGNADO	PENDIENTE	REALIZADOS
SEBASTIAN CASTILLO	237	0	237

3. RECLAMACIONES ASIGNADAS

ABOGADO	TOTAL, ASIGNADO	PENDIENTE	REALIZADOS
SEBASTIAN CASTILLO	4	0	4

4. REUNIONES

 CONTRALORÍA General de la República						
Registro de participantes, conclusiones y compromisos de reuniones						
Datos del responsable						
Nombre:		Dra. L. González		Carrera Administrativa		
Forma:		firmamentos		Ejecutor ARH		Fecha:
Lugar:		CGR - 2do piso 3to				Horario:
Dependencia que cita:		DCA				8:00am
Participantes						
No.	Nombres y Apellidos	Cargo	Extensión	Correo Electrónico	Dependencia	Firma
1	INGRID BET BUITRAGO	Contratista		ibet@contraloria.gob.ec	Carrera Adm.	
2	Yenny Roca Tellez Beltrán	Contratista		yenny.tellez	Carrera adm	
3	Sebastian Castillo Quitian	Contratista		scastillo@contraloria.gob.ec	Carrera Adm.	
4	Azzalia Salas Carvajal	Contratista		azzalia.salas@cont	Carrera Adm.	
5	Yesica Espinosa Diaz	Contratista		yesica.espinosa	Carrera Adm.	
6	José Nelson Jimenez P.	Contratista		jnelsonjimenez@hotmail.com	D.C.A.	
7	Carlos Andrés Barba	Contratista		carlosbarba@cont	Carrera D.C.A.	
8	Julianna Maturana Ortega	Contratista		julianamaturanaortega@cont	Carrera D.A.	
9	José Andrés Palomero R.	Contratista		jpalomero@cont	D.C.A.	
10	Ximena Rivas Vega	P.E		ximena.rivas@cont	DCA	
11	Adriana Y. Rodríguez	Coordi.		adriana.y@cont	DCA	
12	Liliana Sinisterre Rey	Asesora de		liliana.sinisterre@cont	DCA	
13	Patricia Barajas	P.3		patricia.barajas@cont	D.C.A.	
14	Yvonne Maturana	Asesora		yvonne.maturana@cont	DCA	

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALDO
FGC	1032469409	SEBASTIAN CASTILLO QUITAN	calle 60 # 38-41	1111111	sebcastillo@hotmail.com	NO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					RIESGOS I UPC
					1 II
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-II	2025-II	I	07/11/2025	90807773	\$1.064.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS006	Compensar EPS	860066942-7	428.700	0		0	II	1	300	0	428.000	1	

TOTALES PENSIONES													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportación Voluntario Afiliado	Aportación Voluntario Aportante	Aportación FSP Solidaridad	Aportación FSP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Positiva	860066942-7	548.700	II	0	0	0	1	400		548.100	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportación Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subsidio Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros					17.900						179	18.000	

TOTALES CAJA							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	68.800	1	100	68.700	1

TOTALES APORTES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	1	II	0	II
0	1	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor Aportes de IGE, LMA, IRD y Mora	Total a Pagar
Salud	1	428.700	428.000
Pensión	1	548.700	548.100
Riesgos Laborales	1	17.900	18.000
CCF	1	68.800	68.700
ESAP	0	II	II
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	II
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.068.900	1.064.800

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032469409	SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN	calle 60 # 38-41	11111111	sebcastillo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	07/11/2025	90807773	\$1.064,800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Retiro	Excedente	Clases, Valores, Empezados	BIU	RET	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	INTE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC	1032469409	CASTILLO QUITIAN SEBASTIAN	59	0		N																					230301	3.429.000	548.700	0	0	0	0	EPS008	3.429.000	428.700	14-23	3.429.000	1	17.000	CCF24	3.429.000	66.600	0	0	0	0	0

PAGGADA



CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DECLARACION JURAMENTADA 2025

Yo, **SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN**

Contrato N° **445-2025**

Identificado (a):	NIT: <input type="checkbox"/>	C.C.: <input checked="" type="checkbox"/>	C.E.: <input type="checkbox"/>	Número:	1.032.469.409 D.V.
-------------------	-------------------------------	---	--------------------------------	---------	---------------------------

Celular: **3233272969**

Dirección: **Calle 60 No 38-41**

Correo Electrónico: sebcastillo@hotmail.com

En mi calidad de:

Persona Jurídica **Persona Natural**

Percibí en el año **2023** ingresos superiores a **1.400 UVT's** ó **\$59'377.000** de pesos, **SI** **NO** soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3º. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4º. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación (Únicamente si en su RUT tiene la responsabilidad fiscal 47)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 90807773 MES COTIZACION Octubre FECHA DE PAGO 7/11/2025

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	COMPENSAR	PORVENIR	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	\$ 428.700	\$ 548.700	\$ 17.900

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
---	------------------------------------	---

2. Solicitud Deduciones del Artículo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. solicito deducción por Dependientes a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T., solicito deducción por intereses de vivienda (pagados en el año inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. solicito deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud (pagados vigencia inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

3. Solicitud Dedución de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **7** días del mes de **Octubre** del año **2025**

Firma

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032469409	SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN		calle 60 # 38-41	1111111	sebcastillo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	07/11/2025	90807773	\$1.064.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	428.700	0		0		0	1	300	0	429.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	548.700	0	0	0	0	1	400	0	549.100	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.900				17.900	1	100	18.000			179	18.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	68.600	1	100	68.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	428.700	429.000
Pensión	1	548.700	549.100
Riesgos Laborales	1	17.900	18.000
CCF	1	68.600	68.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.063.900	1.064.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032469409	SEBASTIAN CASTILLO QUITIAN		calle 60 # 38-41	1111111	sebcastillo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10					\$1.064.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032469409	CASTILLO QUITIAN SEBASTIAN	59	0			N																	230301	3.429.000	548.700	0	0	0	0	EPS008	3.429.000	428.700	14-23	3.429.000	1	17.900	CCF24	3.429.000	68.600	0	0	0	0	0

PAGADA