

 INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI	FORMA	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES		CÓDIGO	PC-PCF-12
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		VERSION	1
	PROCEDIMIENTO	CUENTAS POR PAGAR DIGITAL		FECHA VERSIÓN FORMATO	26/06/2025

Dependencia de ejecución específica del contrato:	SUBDIRECCIÓN DE AGROLOGÍA			Fecha generación informe:	11/11/2025 13:52:29
Pago No:	6		Total de Pagos	8	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR					
Nombre/Razón Social:	JULIAN CAMILO RINCON MUÑOZ			Identificación:	1032431166
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	julian.rincon@gac.gov.co
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA				

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO						
Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2025-33940-CEDIDO-2		Fecha de Inicio del contrato:	15/05/2025	Fecha de Fin del contrato:	31/12/2025
Periodo del informe:	OCTUBRE		No RP:	157225	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Bogotá D.C. (Nivel central)		Municipio:	Bogota		
Periodo objeto del informe:	01-10-2025 al 31-10-2025		Fecha de Inicio del informe:	01/10/2025	Fecha de Fin del informe:	31/10/2025
Actividad Economica:	8299 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.		ICA:	9.66		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES		CDP:	175025	FUENTE FINANCIACIÓN:	NACION
Corte forma de pago:	A Corte Final de Mes		POSICIÓN CATALOGO GASTO:	C-0406-1003-7-10305B-0406013-02		
ARL:	ARP SURA		NIVEL DE RIESGO:	TIPO 1		
VALOR DE PAGO:	\$4,900,000.00		HONORARIOS:	\$4,900,000.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	ARP SURA	\$ 13.000,00	OCTUBRE	29/10/2025	90948611
SALUD	FAMISANAR	\$ 310.000,00	OCTUBRE	29/10/2025	90948611
PENSION	PORVENIR	\$ 396.800,00	OCTUBRE	29/10/2025	90948611

DEDUCCIONES					
INTERESES DE VIVIENDA:	NO	MEDICINA PREPAGADA:	NO	AFC:	NO
PENSIÓN VOLUNTARIA:	NO	TOMARÉ COSTOS Y DEDUCCIONES:	NO	COOPERATIVA:	NO

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR					
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ESTRUCTURACION, ALISTAMIENTO, ANALISIS Y REVISION DE LA INFORMACION DE CARTOGRAFIA BASICA ASI COMO LA ALFANUMERICA DE SUELOS Y SUS APLICACIONES AGROLOGICAS				

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Preparación de los insumos cartográficos requeridos para establecer los ambientes edafogenéticos de los suelos, para la respectiva revisión en campo por parte de los temáticos, incluyendo la georreferenciación de los perfiles, así como la homologación de las bases de datos de observaciones y perfiles secundarios.	Revisión para la depuración de la capa de perfiles comparada con los anexos de cada perfil (avance 30%)	Anexo_176480_638980651617337098.pdf
2. Recepcionar la información alfanumérica, cartográfica y fotográfica generada por los edafólogos en la etapa de campo, estructurando la base de datos de observaciones, perfiles y solicitud de análisis.	Se procesó la información de campo generada por los edafólogos para el departamento del Tolima. Para perfiles y observaciones se procesaron los archivos GPAP y se generaron las bases de datos geográficas y los PDF correspondientes. Generación de bases de datos de laboratorio para 91 perfiles de suelos de estudios anteriores en el departamento del Tolima. Asignación y trabajo en pantalla con profesional temático para la asignación de fases a los polígonos que tuvieron levantamiento en campo	Anexo_176481_638981222692378042.pdf
3. Estructuración y ajuste en el proceso de delineación de las capas cartográficas de suelos y aplicaciones agroológicas, en conjunto con los temáticos de suelos, frente a los ajustes encontrados en las etapas de campo.	Estandarización de los símbolos de geomorfología para los municipios con interpretación hasta tipo de relieve Revisión de áreas mínimas pendientes en la capa de suelos de trabajo del Tolima con acompañamiento de un profesional temático	
4. Generación de salidas gráficas de acuerdo a las plantillas establecidas para publicación de documentos, ploteo, salidas de campo, fichas agrologicas, presentaciones, así como las estadísticas respectivas.	No requerida para este periodo	
5. Acompañamiento en los ajustes de los documentos relacionados con las especificaciones técnicas, así como el sistema de gestión integrado.	No requerida para este periodo	
6. Asistir a las reuniones, capacitaciones y demás espacios que se requieran en la modalidad en la que se solicite, además de cumplir con las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor en el marco del objeto contractual.	Se realizaron reuniones virtuales para determinar la programación del procesamiento de información de campo y ajuste de procedimientos en función de las capas de suelos, geomorfología, perfiles y demás, para la zona de estudio del Tolima	
7. Presentar los informes que le indique el supervisor y especialmente los relacionados con el objeto y obligaciones del contrato.	Se entregaron las solicitudes de trabajo de acuerdo a los requerimientos del proyecto de suelos 2025 de Tolima, con copia a la supervisora del contrato	
8. Asistir a las reuniones, capacitaciones y demás espacios que se requieran en la modalidad en la que se solicite, además de cumplir con las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor en el marco del objeto contractual.	Se realizaron reuniones virtuales para determinar la programación del procesamiento de información de campo y ajuste de procedimientos en función de las capas de suelos, geomorfología, perfiles y demás, para la zona de estudio del Tolima	
9. Presentar los informes que le indique el supervisor y especialmente los relacionados con el objeto y obligaciones del contrato.	Se entregaron las solicitudes de trabajo de acuerdo a los requerimientos del proyecto de suelos 2025 de Tolima, con copia a la supervisora del contrato	

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	JULIAN CAMILO RINCON MUÑOZ
--	----------------------------

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del supervisor (alison.wilches):

Observación Obligación 4. Para esta cuenta no se solicitó la generación de salidas gráficas para salidas, fichas, presentaciones

Observación Obligación 5. Esta actividad no se asignó ya que para este periodo no se entró a ajustar y/o revisar los documentos relacionados al SGI.

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

NOVEDADES DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$47,530,000.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Valor Reducción:	\$0.00 -
Valor Total:	\$47,530,000.00 -

Total Pagado	\$12,250,000.00 -
Saldo Actual:	\$35,280,000.00 -

VALOR A PAGAR:	\$4,900,000.00 -
Menos este pago:	\$30,380,000.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$2,450,000.00 -	\$4,900,000.00 -	\$4,900,000.00 -
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
-	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	36.08 %
--	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Documentos de la cuenta adjuntos	
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	X
RUT	X
CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	X
DECLARACIÓN JURAMENTADA	X

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	ALISON PAOLA WILCHES TRIVIÑO	Nombre:	Julian Camilo Rincón Muñoz
No. Identificación:	1069737671	No. Identificación:	1032431166
Cargo:		Cargo:	Consolidador SIG

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1032431166	JULIAN CAMILO RINCON MUÑOZ		Calle 55 71d 18	4763479	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	19/11/2025	91539080	10
					TOTAL A PAGAR
					\$719.800

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	310.000	0		0		0	0	0	0	310.000	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	396.800	0	0	0	0	0	0		396.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.000				13.000	0	0	13.000			130	13.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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


1032431166

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	310.000	310.000
Pensión	1	396.800	396.800
Riesgos Laborales	1	13.000	13.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	719.800	719.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032431166	JULIAN CAMILO RINCON MUÑOZ		Calle 55 71d 18	4763479	julianrincon0088@gmail.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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	19/11/2025	91539080	10
					TOTAL A PAGAR
					\$719.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1032431166	RINCON MUÑOZ JULIAN CAMILO	59	0			N																	230301	2.480.000	396.800	0	0	0	0	EPS017	2.480.000	310.000	14-11	2.480.000	1	13.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Julian Rincon
1032431166