

 IGAC 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:	DIRECCIÓN TERRITORIAL CESAR		Fecha generación informe:	10/12/2025 15:06:46
Pago No:	9	Total de Pagos	10	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	MARIA PATRICIA GALLARDO ORTEGA		Identificación:	49796124	Telefono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica		Correo electrónico:	maria.gallardo@gac.gov.co
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA					

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2025-1096-CES	Fecha de Inicio del contrato:	11/03/2025	Fecha de Fin del contrato:	24/12/2025
Periodo del informe:	NOVIEMBRE	No RP:	6925	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Cesar	Municipio:	Valledupar		
Período objeto del informe:	11-11-2025 al 10-12-2025	Fecha de Inicio del informe:	11/11/2025	Fecha de Fin del informe:	10/12/2025
Actividad Económica:	000 No aplica	ICA:	0		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES	CDP:	7225	FUENTE FINANCIACIÓN:	NACION
Corte forma de pago:	A Corte Final de Mes	POSICIÓN CATALOGO GASTO:	C-0406-1003-7-10305B-0406003-02		
ARL:	POSITIVA	NIVEL DE RIESGO:	TIPO 1		
VALOR DE PAGO:	\$2.976.729.00	HONORARIOS:	\$2.976.729.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 7.500,00	NOVIEMBRE	05/12/2025	9495035247
SALUD	SALUD TOTAL	\$ 178.000,00	NOVIEMBRE	05/12/2025	9495035247
PENSION	PORVENIR	\$ 227.800,00	NOVIEMBRE	05/12/2025	9495035247

DEDUCCIONES

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE APOYO OPERATIVO EN EL PROCESO DE CONSERVACION CATASTRAL EN LA DIRECCION TERRITORIAL CESAR.
---------	--

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Realizar las actividades de apoyo de oficina en el proceso de gestión catastral, en el área que sea asignada previa coordinación con el supervisor del contrato	APOYE EN EL AREA DE CONSERVACION REALIZE 200 TRAMITES DE PRIMERA ASIGNADOS	Anexo_188683_639009743630471081.xlsx
2. Preparar la información necesaria para estudiar, clasificar, radicar, revisar y tramitar con resolución las mutaciones de oficina del área de conservación conforme a las normas y procedimientos catastrales vigentes, elaborando las respectivas resolución	RADIQUE 20 TRAMITES	Anexo_188684_639009742305633062.xlsx
3. Realizar la contabilización, estudio, clasificación y escaneo de las escrituras provenientes de registro y de las solicitudes de los usuarios	No requerida para este periodo	
4. Proyectar respuesta a los oficios y entrega a los insumos técnicos que sean requeridos para dar respuestas de fondo dentro del término de ley a los derechos de petición que deban ser resueltos por el profesional asignado , garantizando el control de la documentación entregada.	NO ME FUE ASIGNADO DURANTE ESTE PERIODO	
5. Llevar el control de préstamo y devolución de las fichas prediales, cartografía análoga y fotografía aérea que se encuentren a su cargo, conforme a las normas y procedimientos catastrales vigentes, cuando aplique	DURANTE ESTE PERIODO NO ME FUE ASIGNADA POR MI SUPERVISOR	
6. Llevar el control del consecutivo, préstamo devolución y archivo de las resoluciones generadas por el área de conservación.	DURANTE ESTE PERIODO NO ME FUE ASIGNADA ESTA ACTIVIDAD	
7. Asistir a las reuniones, mesa de trabajo y/o comité en los que se requieran para la debida ejecución del contrato	ASISTI A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL SUPERVISOR	Anexo_188689_639009745261505049.pdf

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	MARIA PATRICIA GALLARDO ORTEGA
--	--------------------------------

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del supervisor (tcasado):

Observación Obligación 5. DURANTE ESTE PERIODO NO ME FUE ASIGNADA POR MI SUPERVISOR

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

Valor Inicial:	\$28,278,926.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Reducción No.0	\$0.00 -
Valor Total:	\$28,278,926.00 -

Total Pagado	\$23,813,832.00 -
Saldo Actual:	\$4,465,094.00 -

VALOR A PAGAR:	\$2,976,729.00 -
Menos este pago:	\$1,488,365.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$2,976,729.00 -	\$2,976,729.00 -	\$2,976,729.00 -
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
\$2,976,729.00 -	\$2,976,729.00 -	\$2,976,729.00 -
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
\$2,976,729.00 -	\$2,976,729.00 -	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	94.74 %
---	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Documentos de la cuenta adjuntos	
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	X

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	TONY ALBERTO CASADO FUENTES	Nombre:	
No. Identificación:	5045234	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	