

 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 ATLANTICO			Fecha generación informe:	20/12/2025 08:28:58
Pago No:	2		Total de Pagos	3	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR					
Nombre/Razón Social:	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA			Identificación:	55302910
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	paola.charry@gac.gov.co
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA				

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO					
Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2025-3126-ATL	Fecha de Inicio del contrato:	01/10/2025	Fecha de Fin del contrato:	30/12/2025
Periodo del informe:	NOVIEMBRE	No RP:	19125	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Atlántico	Municipio:	Barranquilla		
Periodo objeto del informe:	31-10-2025 al 30-11-2025	Fecha de Inicio del informe:	31/10/2025	Fecha de Fin del informe:	30/11/2025
Actividad Economica:	7490 Actividades profesionales	ICA:	12.5		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES	CDP:	6325	FUENTE FINANCIACIÓN:	NACION
Corte forma de pago:	A Corte 30	POSICIÓN CATALOGO GASTO:	C-0406-1003-7-10305B-0406003-02		
ARL:	POSITIVA	NIVEL DE RIESGO:	TIPO 1		
VALOR DE PAGO:	\$4,000,000.00	HONORARIOS:	\$4,000,000.00	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	1077781338
SALUD	SALUD TOTAL	\$ 178.000,00	NOVIEMBRE	05/12/2025	1077781338
PENSION	PORVENIR	\$ 227.800,00	NOVIEMBRE	05/12/2025	1077781338

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 900,00	NOVIEMBRE	12/12/2025	1077987584
SALUD	SALUD TOTAL	\$ 22.000,00	NOVIEMBRE	12/12/2025	1077987584
PENSION	PORVENIR	\$ 28.200,00	NOVIEMBRE	12/12/2025	1077987584

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:	Prestación de servicios profesionales para realizar actividades relacionadas con la implementación de una estrategia territorial de atención al ciudadano desde la Dirección Territorial Atlántico.	

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Planificar una estrategia territorial de atención al ciudadano para implementarse por parte de la Dirección Territorial Atlántico.	Se ajustó el plan estratégico con base en la retroalimentación institucional y se definió el cronograma operativo para su despliegue territorial	Anexo_246224_639009770662956674.docx
2. Realizar actividades de ejecución y seguimiento a una estrategia territorial de atención al ciudadano desde la Dirección Territorial Atlántico.	Se inició la ejecución en campo mediante visitas a los territorios priorizados, reuniones interinstitucionales y verificación del avance de los componentes definidos en la estrategia	Anexo_246225_639009771024920479.docx
3. Generar contenidos escritos, gráficos o mediáticos que documenten y visibilicen la implementación de una estrategia territorial de atención al ciudadano desde la Dirección Territorial Atlántico.	Se difundieron contenidos en redes sociales institucionales y se publicaron notas informativas en medios regionales y locales para socializar resultados y fortalecer la visibilidad del proces	Anexo_246226_639009771365752329.docx
4. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Se gestionaron contactos directos con alcaldes y secretarios de planeación de los municipios priorizados, atendiendo instrucciones del supervisor para fortalecer articulación y compromisos institucionales.	Anexo_246227_639009771512384499.docx
5. Cumplir con las obligaciones establecidas en la matriz de identificación e impactos ambientales.	Se aplicaron medidas ambientales preventivas durante los desplazamientos y actividades en campo, promoviendo el uso responsable de recursos y disposición adecuada de residuos.	Anexo_246228_639009772239267199.xlsx

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA
--	------------------------------------

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del VoBo (yeilin.martinez): Luego de hacer la revisión administrativa, se aprueba informe para que el supervisor del contrato verifique el debido cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Observación de aprobación del supervisor (mitchel.ovalle):

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:	\$12,000,000.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Reducción No.0	\$0.00 -
Valor Total:	\$12,000,000.00 -

Total Pagado	\$0.00 -
Saldo Actual:	\$12,000,000.00 -

VALOR A PAGAR:	\$4,000,000.00 -
Menos este pago:	\$8,000,000.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
-	-	-
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:	33.33 %
--	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

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

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	MITCHEL JOAN OVALLE RODRIGUEZ	Nombre:	
No. Identificación:	1110517093	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

PAGADO 12/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA		
Documento	CC55302910	Dirección	CR 75 #87 - 44 APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3024104390
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Departamento	ATLANTICO
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total													
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VRD	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 55302910	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA	59	00								A										0	30	30	30	0		(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,522	\$ 1.423.500	\$ 7.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300		
CC 55302910	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA	59	00								C										0	30	30	30	0		(230301) PORVENIR	\$ 1.600.000	\$ 256.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.600.000	\$ 200.000	0,522	\$ 1.600.000	\$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 464.400		

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 176.500	\$ 176.500	\$ 176.500	\$ 0	\$ 28.200	\$ 22.000	\$ 900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51.100	\$ 500	\$ 51.600

PAGADO 04/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA		
Documento	CC55302910	Dirección	CR 75 #87 - 44 APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3024104390
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Departamento	ATLANTICO
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SUN	RGE	LMA	VAC	AVP	VGT	IRP	Disa AFP	Disa EPS	Disa EPS	Disa AFP	Disa CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 55302910	PAOLA MARGARITA CHARRY ALTAMIRANDA	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,522	\$ 1.423.500	\$ 7.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300	\$ 700	\$ 414.000

