

 <b>IGAC</b> 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 DE GESTIÓN CATASTRAL		Fecha generación informe:	11/02/2026 16:33:57
Pago No:	1	Total de Pagos	10	

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	NAYIBE MORENO BERNAL		Identificación:	1002583432	Teléfono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico:	nayibe.moreno@gigac.gov.co
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA					

### INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2026-2360-SC	Fecha de Inicio del contrato:	28/01/2026	Fecha de Fin del contrato:	12/10/2026
Periodo del informe:	ENERO	No RP:	119026	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Bogotá D.C. (Nivel central)	Municipio:	Bogota		
Período objeto del informe:	28-01-2026 al 31-01-2026	Fecha de Inicio del informe:	28/01/2026	Fecha de Fin del informe:	31/01/2026
Actividad Económica:	71121 ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA	ICA:	8.66		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES	CDP:	57926	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:	\$470,000.00	HONORARIOS:	\$4,700,000.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 13.900,00	DICIEMBRE	09/12/2025	92168501
SALUD	SANTAS	\$ 331.200,00	DICIEMBRE	09/12/2025	92168501
PENSION	PORVENIR	\$ 423.900,00	DICIEMBRE	09/12/2025	92168501

### 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:	Prestación de servicios profesionales para realizar la edición, depuración y ajustes de la base gráfica catastral, conforme a los lineamientos técnicos establecidos.
---------	---

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Realizar diagnósticos catastrales a las bases de datos cartográficas, identificando inconsistencias, vacíos o errores, conforme a los requerimientos de la Dirección de Gestión Catastral y las Direcciones Territoriales	No requerida para este periodo	
2. Efectuar la depuración cartográfica y realizar las correcciones necesarias a los datos geográficos, entregando el respectivo informe técnico de resultados, según las necesidades expresadas por la Dirección de Gestión Catastral y las Direcciones Territoriales	No requerida para este periodo	
3. Aplicar las proyecciones cartográficas necesarias para los datos catastrales, ajustando las capas cartográficas a los sistemas de referencia definidos por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC.	No requerida para este periodo	
4. Cumplir estrictamente con los plazos establecidos en el cronograma de depuración cartográfica, definidos por la Dirección de Gestión Catastral en conjunto con la Supervisión del contrato	No requerida para este periodo	
5. Disponer la información cartográfica depurada en los repositorios habilitados por el área de tecnología, asegurando su correcta estructuración, integridad y acceso por parte de los equipos responsables	No requerida para este periodo	
6. Participar activamente en las reuniones técnicas con las Direcciones Territoriales que se deriven del proceso de depuración cartográfica, aportando información clara, precisa y sustentada técnicamente	No requerida para este periodo	
7. Asistir puntualmente a las reuniones presenciales o virtuales convocadas por el equipo de trabajo de la Dirección de Gestión Catastral, presentando los avances, dificultades y recomendaciones pertinentes	Para el periodo reportado se realizó la siguiente reunión:  Reunión de inicio (30/01/2026): se trataron temas de socialización del cronograma de asistencia en oficina, se informó de los documentos requeridos para la primera cuenta y además se informó de las actividades específicas para desarrollar en el trascurso de la ejecución del contrato.	<a href="#">Anexo_297175_639063214388638336.pdf</a>
8. Brindar concepto técnico cuando sea requerido, en atención a las peticiones, quejas, reclamos y demás solicitudes relacionadas con el ejercicio de la gestión catastral, conforme a los términos establecidos en la ley.	No requerida para este periodo	

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	NAYIBE MORENO BERNAL
--	----------------------

**Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas**

Observación de aprobación del supervisor (cogollo):

Observación Obligación 1. No requerida para este periodo  
Observación Obligación 2. No requerida para este periodo

Observación Obligación 3. No requerida para este periodo  
Observación Obligación 4. No requerida para este periodo  
Observación Obligación 5. No requerida para este periodo  
Observación Obligación 6. No requerida para este periodo  
Observación Obligación 8. No requerida para este periodo

**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**

<b>Valor Inicial:</b>	\$39,950,000.00 -
<b>Adición No.0</b>	\$0.00 -
<b>Reducción No.0</b>	\$0.00 -
<b>Valor Total:</b>	\$39,950,000.00 -

<b>Total Pagado</b>	\$0.00 -
<b>Saldo Actual:</b>	\$39,950,000.00 -

<b>VALOR A PAGAR:</b>	\$470,000.00 -
Menos este pago:	<b>\$39,480,000.00 -</b>

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
-	-	-

<b>% de ejecución financiera del contrato / convenio:</b>	1.18 %
---	--------

**AUTORIZACIÓN DE PAGO**

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

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
<b>Firma:</b>		<b>Firma:</b>	
<b>Nombre:</b>	CARMEN CECILIA COGOLLO ALTAMIRANDA	<b>Nombre:</b>	
<b>No. Identificación:</b>	34986664	<b>No. Identificación:</b>	

Cargo:		Cargo:	
--------	--	--------	--

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002583432	NAYIBE MORENO BERNAL		CALLE 4 F # 39 B - 20 T 3 APTO 1605	3195340790	nayibemoreno.icg@gmail.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				
2025-12	2025-12	\$822.000				

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	331.200	0		0		0	0	0	0	331.200	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	423.900	0	0	0	0	0	0	0	423.900	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	13.900				13.900	0	0	13.900			139	13.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	53.000	0	0	53.000	1

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				



1002583432 de Bogotá

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	331.200	331.200
Pensión	1	423.900	423.900
Riesgos Laborales	1	13.900	13.900
CCF	1	53.000	53.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>822.000</b>	<b>822.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002583432	NAYIBE MORENO BERNAL		CALLE 4 F # 39 B - 20 T 3 APTO 1605	3195340790	nayibemoreno.icg@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12					\$822.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1002583432	MORENO BERNAL NAYIBE	59	0			N																	230301	2.649.000	423.900	0	0	0	0	EPS005	2.649.000	331.200	14-23	2.649.000	1	13.900	CCF24	2.649.000	53.000	0	0	0	0	0

PAGADA



1002583432 de Bogotá