AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

**FORMATO**

# CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

| **Clave:** APOY-2.0-12-023 | **Versión:** 8 | **Fecha de aprobación:** 27/01/2026 |
|---|---|---|

Fecha de Diligenciamiento: DD **01** / MM **Marzo** / AAAA **2026**

## *Información Beneficiario de Pago*

Nombre Beneficiario de Pago: **Maria Jose Chicre Velasco**

NIT/CC No.: **1.082.969.771**

## *Información Contractual*

Contrato No.: 26000468 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: 65200C0613 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA JURÍDICA PARA APOYAR PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y RESPUESTAS A ENTES DE CONTROL EN LA DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES.

Valor Honorarios mensuales: $ 10.512.547,00

Valor Diario: $ 350.418,00

Fecha de Suscripción: 24 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 31 / dic / 2026 (DD / MM / AAAA)

## Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 33-44-101272512

Entidad Aseguradora: Seguros del Estado S.A.

Fecha de expedición: 26 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 28 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 27 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 28 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

## *Información Presupuestal y Ejecución del Contrato*

| | No. Compromiso Presupuestal / RP | Fecha Compromiso Presupuestal / RP | Valor | Valor Ejecutado | Saldo por Ejecutar |
|---|---|---|---|---|---|
| Información Inicial | 57426 | 26 / ene / 2026 | $ 120.543.872,00 | $ 11.563.747,00 | $ 108.980.125,00 |
| Adición 1 | | | $ - | $ - | $ - |
| Adición 2 | | | $ - | $ - | $ - |
| Adición 3 | | | $ - | $ - | $ - |
| | | **Total:** | $ 120.543.872,00 | $ 11.563.747,00 | $ 108.980.125,00 |

## *Información para Pago*

No. Pago: **03**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

Desde **01 / mar / 2026** (DD / MM / AAAA)

Hasta **31 / mar / 2026** (DD / MM / AAAA)

Relacione las facturas

| *Tipo de Documento* | *No. Factura* |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| Dependencia de Gasto - RP | Código Rubro Presupuestal a afectar | Valor a cobrar (Antes de IVA) | Valor IVA (si aplica) | Total |
|---|---|---|---|---|
| 5200 DIRECCIÓN DE TELECOMUNICA( | C-2403-0600-51-52104E-2403080-02 | $ 10.512.547,00 | $ - | $ 10.512.547,00 |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | | $ - | $ - | $ - |
| | **Total a Pagar:** | $ 10.512.547,00 | $ - | $ 10.512.547,00 |

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

**FORMATO**

# CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

| **Clave:** APOY-2.0-12-023 | **Versión:** 8 | **Fecha de aprobación:** 27/01/2026 |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN PLANILLA DE PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|---|---|
| Mes Planilla SSS aportada | Marzo |
| Planilla(s) No. | 71009118 |
| | |
| ¿Es Pensionado? (seleccione) | NO |

**APORTE MÍNIMO**
(valores calculados sobre el valor total a pagar)

| | | |
|---|---|---|
| IBC | | **$ 4.205.018,80** |
| Salud Obligatoria (12,5%) | | $ 525.600,00 |
| Pensión Obligatoria (16%) | | $ 672.800,00 |
| ARL | Riesgo I | $ 22.000,00 |
| Fondo de Solidaridad | | $ - |
| TOTAL APORTES | | $ 1.220.400,00 |

## INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

| | |
|---|---|
| Tipo Cuenta Bancaria | Ahorros |
| Cuenta Bancaria No. | 17707605138 |
| Nombre Entidad Bancaria | |
| Bancolombia | |

***IMPORTANTE: Si cambió su cuenta bancaria, debe, previamente, informar al Grupo Contabilidad y al Grupo Presupuesto - Dirección Financiera, para realizar el proceso de actualización de esta información.**

## *Autorización de Pago por Parte del(los) Supervisor(es)*

En mi calidad de Supervisor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a través de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral, las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma: | | Firma: | |
| Nombre: | ÁLVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA | Nombre: | |
| Cargo: | DIRECTOR DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A | Cargo: | |
| Dependencia: | DIRECCION DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA N | Dependencia: | |

## OBSERVACIONES

| AERONÁUTICA CIVIL<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | **FORMATO**<br>**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA DEPURACIÓN DE LA BASE GRAVABLE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE** | | |
|---|---|---|---|
| | **Clave:** APOY-2.0-12-024 | **Versión:** 6 | **Fecha de aprobación:** 27/01/2026 |

Yo, Maria Jose Chicre Velasco, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.969.771 expedida en Santa Marta, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000468 H3 DE 2026 de fecha 24-ene-26, y declaro bajo la gravedad de juramento que:

Todas las opciones dispuestas en el presente formulario deben estar marcadas con la opción "SI" o "NO" según corresponda

El ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios (Art. 329 del ET, adicionado por el Art.10 de la Ley 1607 de 2012 y Art.1 de la Ley 1819 de 2016). (seleccione) Si

Respecto del año anterior mis ingresos totales fueron superiores a 1.400 UVT, sin incluir IVA, y por consiguiente estoy obligado a presentar declaración de renta. (seleccione) Si

Para el cálculo de retención en la fuente a titulo de renta respecto de mis ingresos solicito se apliquen las tarifas del Art. 383 del ET, dado que no se tomarán costos y deducciones asociadas a dichas rentas en virtud del Art. 9 del Decreto 2231 de 2023.
(En caso de pertenecer al Régimen Simple de Tributación seleccionar la opción "NO"). (seleccione) Si

Los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Aeronáutica Civil, en cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4 del Decreto 2271 de 2009, Art. 26 de la Ley 1393 de 2010, Arts. 108 y 126-1 del ET, Decreto 1070 de 2013 modificado por el Art. 9 del Decreto 3032 de 2013 y el Art. 15 del Decreto 836 de 1991, y hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador en la que se evidencia su estado pagada:

**Nota:** Para el trámite de la primera cuenta de cobro, en caso de no contar con el soporte de pago de la planilla de seguridad social que corresponda a dicho periodo, anexar el certificado de afiliación como independiente, con fecha de expedición máxima de 30 días.

| | NOMBRE EPS, AFP Y ARL | VALOR APORTE (Sin intereses de mora) | PLANILLA(s) No. | PERIODO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| EPS | COMPENSAR | $ 765.000,00 | 71009118 | Marzo | 2026 |
| AFP | COLFONDOS | $ 979.200,00 | | | |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | $ 32.000,00 | | | |

## *DEDUCCIONES*

En caso de marcar la opción “SI” en alguna de las siguientes opciones es OBLIGATORIO adjuntar los soportes correspondientes que respalden las deducciones solicitadas.

(seleccione) No — Solicito deducción por concepto de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

(seleccione) No — Solicito deducción por concepto de pagos de medicina prepagada o seguros de salud, a empresas o compañías de seguros vigiladas por la SuperSalud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

(seleccione) Si — Solicito deducción por dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

Marque la(s) opción(es) que corresponde(n):

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes. ☐

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☑

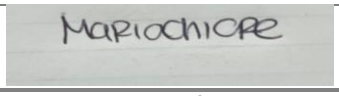
| TIPO DE DOCUMENTO | No. IDENTIFICACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|
| Registro Civil | 1.084.070.305 | SARA HELENA CHICRE VELASCO | 5 | HIJA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

***DEDUCCIONES 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 trámite se aplique la deducción por concepto de:

| CONCEPTO | NOMBRE ENTIDAD | No. DE CUENTA | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Se firma el día 1 del mes de Abril del 2026



Maria Jose Chicre Velasco
Firma

SEÑORES
Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil
Ciudad

Asunto: Declaración juramentada de dependiente menor de edad

Yo, MARIA JOSE CHICRE VELASCO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.082.969.771, actuando en nombre propio, bajo la gravedad de juramento manifiesto que:

La menor SARA HELENA CHICRE VELASCO, identificada con Tarjeta de Identidad No. 1084070305, es mi hija menor de edad.

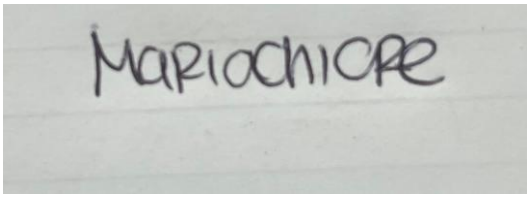
La menor depende económicamente de mí, siendo yo quien asume de manera permanente y directa sus gastos de alimentación, educación, salud, vivienda, vestuario y demás necesidades básicas.

La presente declaración se expide con destino a la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, para los fines administrativos pertinentes.

Declaro que la información aquí consignada es veraz y la realizo bajo la gravedad de juramento, consciente de las implicaciones legales en caso de faltar a la verdad.

Anexo: Registro Civil de Nacimiento de la menor SARA HELENA CHICRE VELASCO para acreditar parentesco

En constancia, se firma en Bogotá D.C a los 02 días del mes de enero de 2026.




MARIA JOSE CHICRE VELASCO
CC1082969771

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1084070305

**Indicativo Serial** 61756987

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 1 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L 9 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CHICRE ********** | VELASCO ********** |

Nombre(s)

SARA HELENA **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes FEB Día 11 | Femenino | O | Positivo |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 18493220-3 |

*Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CHICRE VELASCO MARIA JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.082.969.771 | COLOMBIANA |

*Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ********** | ********** |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

CHICRE VELASCO MARIA JOSE

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.082.969.771 | MariaChicre |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2021 Mes FEB Día 17 | XIOMARA DE LOS SANTOS ALTAFULLA RODRIGUEZ<br>Nombre y firma |
| *Reconocimiento paterno*<br>Firma | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ACTA COMPLEMENTARIA 043 DEL 2021-. NO SE TOMAN LAS HUELLAS PLANTARES/DACTILARES SEGÚN CIRCULARES CONJUNTAS 037 Y 041 DEL 2020 DE LA SNR Y RNEC.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
XIOMARA ALTAFULLA RODRIGUEZ
NOTARIO PRIMERO (E)
Santa Marta D.T.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

Escaneado con CamScanner

**CONTENIDO DEL INFORME**


1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 3
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 3
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 4


## 1. CONDICIONES DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| Número de Contrato: | **26000468 H3 DE 2026** |
| Nombre del Contratista: | **MARIA JOSE CHICRE VELASCO** |
| Periodo informe: | **MARZO DE 2026** |
| Nombre de Supervisor: | **ÁLVARO WILINGTÓN ORTIZ SUAZA** |
| Nombre del Interventor: | N/A |
| Área perteneciente: | **DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA NAVEGACIÓN AÉREA** |

## 2. OBJETO DEL CONTRATO

65200C0613 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA JURÍDICA PARA APOYAR PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y RESPUESTAS A ENTES DE CONTROL EN LA DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES.

## 3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

### 3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

| **PERÍODO: 01-31 de marzo de 2026** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES** | **DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO** | **UBICACIÓN DE SOPORTES** |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Asesorar en la elaboración, revisión y seguimiento de contratos, minimizando riesgos jurídicos y fortaleciendo la trazabilidad documental. | Apoyo en la estructuración de adición y prorroga de proyecto RADARES. | EVIDENCIAS |
| 3. Elaborar conceptos, respuestas y soportes legales para actos administrativos y comunicaciones oficiales. | Apoyo jurídico en la ejecución de contrato RADARES, junto con la elaboración de los SITE SURVEY de las visitas a sitio.<br>Visita a sitio de RADAR. | EVIDENCIAS |
| 4. Prestar apoyo jurídico y administrativo durante la ejecución de los programas y proyectos de modernización de los servicios de navegación aérea y aeroportuarios, colaborando en la gestión y control de los procesos de selección y contratación | Proyección de designaciones de supervisión de contratos y revisión de actas de reunión con entes externos.<br>Revisión y acompañamiento jurídico a liquidación de contrato. | EVIDENCIAS |
| 5. Apoyar y acompañar al equipo técnico en las audiencias y reuniones que se realicen durante la ejecución contractual asegurando la transparencia y el cumplimiento de la normativa en la ejecución de los programas y proyectos de modernización de los servicios de navegación aérea y aeroportuarios | Apoyo en la proyección de respuesta a acción de tutela.<br>Seguimientos a respuestas de peticiones. | EVIDENCIAS |

**a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:**

2. Asesorar en la elaboración, revisión y seguimiento de contratos, minimizando riesgos jurídicos y fortaleciendo la trazabilidad documental.
3. Elaborar conceptos, respuestas y soportes legales para actos administrativos y comunicaciones oficiales.
4. Prestar apoyo jurídico y administrativo durante la ejecución de los programas y proyectos de modernización de los servicios de navegación aérea y aeroportuarios, colaborando en la gestión y control de los procesos de selección y contratación
5. Apoyar y acompañar al equipo técnico en las audiencias y reuniones que se realicen durante la ejecución contractual asegurando la transparencia y el cumplimiento de la normativa en la ejecución de los programas y proyectos de modernización de los servicios de navegación aérea y aeroportuarios

**b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:**

| DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | FECHA DE ENTREGA | A SATISFACCIÓN | |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | |

**6. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.**

- El contratista ha cumplido con las obligaciones contractuales en tiempo, oportunidad y calidad.
- Manifiesta buena disposición, iniciativa y colaboración en el trabajo.

7. **OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.**

**a. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo? | NO |
| 2 | Tipo de riesgo | No Aplica |
| 3 | ¿Cómo se materializó el riesgo? | No Aplica |
| 4 | ¿Cómo se mitigó el riesgo? | No Aplica |
| 5 | ¿Fue oportuna la mitigación? | No Aplica |
| **OBSERVACIONES:** No se materializo ningún riesgo. | | |

**b. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST**

**5.2.1 EXAMEN OCUPACIONAL**

| ¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE? | |
|---|---|
| **SI** | **NO** |
| **X** | |
| **¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?** | |
| **SI** | **NO** |
| X | |

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

| FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN |
|---|---|
| 13 de noviembre de 2025 | 12 de noviembre de 2028 |

**5.2.2 CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

| ¿ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? | |
|---|---|
| **SI** | **NO** |
| **X** | |
| **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN** | |
| **26 de febrero de 2026** | |

**5.2.3 PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II**

| NÚMERO DE INFORME | PUBLICACIÓN EN SECOP II | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| 1 | X | |
| 2 | X | |
| 3 | X | |

**NOTA:** este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección Administrativa informe.**

**8. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.**

**a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:**

| VALOR DEL CONTRATO | $ 120.543.872 | 100,00% |
|---|---|---|
| Cuenta No. 1 - enero 2026 | $ 1.051.254 | 0,87% |
| Cuenta No. 2 – febrero 2026 | $ 10.512.547,00 | 8,72% |
| Cuenta No. 3 - marzo 2026 | $ 10.512.547,00 | 8,72% |
| **SALDO** | **$ 98.467.578,00** | **81,69%** |

**b. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.**

N/A

| |
|---|
| En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.<br><br>El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo. |

**ÁLVARO WILINGTÓN ORTIZ SUAZA**
CC. 11321443
Director de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aerea

**NOTA: SI EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERE AÑADIR CAMPOS PARA RENDIR SU INFORME PUEDE HACERLO**.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1082969771 | MARIA JOSE CHICRE VELASCO | calle 65 #4-47 | 3017708218 | mariajosechicre@hotmail.com | |
| 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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71009118 | 27/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $1.776.200 | |

## 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 | 765.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 765.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 979.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 979.200 | 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 | 32.000 | | | | 32.000 | 0 | 0 | 32.000 | | | 320 | 32.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 765.000 | 765.000 |
| Pensión | 1 | 979.200 | 979.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32.000 | 32.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.776.200 | 1.776.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1082969771 | MARIA JOSE CHICRE VELASCO | calle 65 #4-47 | 3017708218 | mariajosechicre@hotmail.com | |
| 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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71009118 | 27/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $1.776.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1082969771 | CHICRE VELASCO MARIA JOSE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 6.120.000 | 30 | 979.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 6.120.000 | 30 | 765.000 | 14-23 | 6.120.000 | 30 | 1 | 32.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información