

 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 CAQUETA		Fecha generación informe:	26/12/2025 16:26:00
Pago No:	1	Total de Pagos	2	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	NOE PARRA OLARTE		Identificación:	79136956	Teléfono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	noe.parra@gac.gov.co	
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA					

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2025-1376-CAQ	Fecha de Inicio del contrato:	01/11/2025	Fecha de Fin del contrato:	31/12/2025
Periodo del informe:	NOVIEMBRE	No RP:	42425	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Caqueta	Municipio:	Florencia		
Periodo objeto del informe:	01-11-2025 al 30-11-2025	Fecha de Inicio del informe:	01/11/2025	Fecha de Fin del informe:	30/11/2025
Actividad Económica:	000 No aplica	ICA:	0		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES	CDP:	28925	FUENTE FINANCIACIÓN:	NACION
Corte forma de pago:	A Corte Final de Mes	POSICIÓN CATALOGO GASTO:	C-0406-1003-7-10305B-0406016-02		
ARL:	POSITIVA	NIVEL DE RIESGO:	TIPO 3		
VALOR DE PAGO:	\$7.370.591.00	HONORARIOS:	\$7.370.592.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	ARP SURA	\$ 76.586.759,00	FEBRERO	09/12/2025	6547654765475
SALUD	AIC - ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA	\$ 8.770,00	FEBRERO	09/12/2025	6547654765475
PENSION	COLPENSIONES	\$ 878.977,00	FEBRERO	09/12/2025	6547654765475

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 75.600,00	NOVIEMBRE	19/11/2025	91536676
SALUD	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	\$ 387.500,00	NOVIEMBRE	19/11/2025	91536676
PENSION	PORVENIR	\$ 496.000,00	NOVIEMBRE	19/11/2025	91536676

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 apoyando en la estructuración y seguimiento de los proyectos asignados a la Dirección Territorial Caquetá.
---------	--

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. realizar las evaluaciones, análisis y ajuste de la calidad de la información catastral resultante de los procesos de actualización catastral con enfoque multipropósito en los proyectos que sean asignados y comunicar al supervisor del contrato cualquier resultado crítico que derive en no conformidades de los productos.	1.1 Revisé e hice correcciones a predios devueltos por calidad externa en los validadores de topología, debido a los cambios que se efectuaron al aplicativo CICA, genero algunos errores. 1.2 Realice la complementación de la información en 11 predios que no se contaba con la información jurídica, hasta que fue suministrada por la oficina de registro. 1.3 Realice tramites de conservación, 2 desenglobes (4 predios)	Anexo_259876_639012295930707001.pdf Anexo_259876_639012296011528165.pdf Anexo_259876_639012296087211192.pdf
2. diligenciar y/o ajustar, los formatos de calidad interna y externa de los municipios en los que la dirección territorial adelanta proyectos de actualización.	No requerida para este periodo	
3. asistir a las reuniones, conferencias, mesas de trabajo, comités, interlocuciones y demás instancias que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato o que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	3.1 Asistí a reunión el día 13 de noviembre donde se sustentó el resultado del proyecto al alcalde del municipio de solita.	Anexo_259878_639012296295767017.pdf
4. realizar las visitas a campo que sean necesarias para verificar o levantar productos catastrales, conforme a los lineamientos técnicos del instituto geográfico agustín codazzi.	4.1 Realice acompañamiento para el levantamiento catastral visita de apoyo (comisión) a la base militar de tres esquinas en el municipio de Solano. Del 24 al 28 de noviembre.	Anexo_259879_639012296446887284.pdf
5. liderar los aspectos técnicos y logísticos para el desarrollo de interlocuciones que se requieran en el marco de los proyectos de actualización, en los municipios que sean asignados por el supervisor.	5.1 Presente los resultados de la actualización catastral 2025, del municipio de solita Caquetá. Día 13 de noviembre auditorio de la D. T.	Anexo_259880_639012296924575844.pdf
6. alertar al director territorial o coordinador operativo sobre posibles riesgos en la ejecución, desde el aspecto operativo, en caso de presentarse.	No requerida para este periodo	
7. apoyar y/o elaborar documentos técnicos y operativos requeridos por el instituto geográfico agustín codazzi.	7.1 Realice las memorias técnicas del proyecto de actualización catastral 2024 del municipio de Morelia Caquetá.	Anexo_259882_639012297112236105.pdf
8. las demás actividades asignadas por el supervisor, que se encuentren relacionadas con el objeto contractual.	8.1 Realice la presentación power point para la presentación del proyecto de Solita. 8.2 Envíe informe de actividades del mes de octubre.	Anexo_259883_639012297284153343.pdf Anexo_259883_639012297341028021.pdf

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	NOE PARRA OLARTE
--	------------------

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del supervisor (carlos.ramirezgil):

Observación Obligación 2. No requerida para este periodo
Observación Obligación 6. 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

Valor Inicial:	\$14,741,182.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Reducción No.0	\$0.00 -
Valor Total:	\$14,741,182.00 -

Total Pagado	\$0.00 -
Saldo Actual:	\$14,741,182.00 -

VALOR A PAGAR:	\$7,370,591.00 -
Menos este pago:	\$7,370,591.00 -

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:	50.00 %
---	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

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

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	CARLOS AUGUSTO RAMIREZ GIL	Nombre:	
No. Identificación:	93394221	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79136956	NOE PARRA OLARTE		cra 74b # 51a 86	79136956	noeparradane77@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	
2025-11	2025-11	I	19/11/2025	91536676	\$959.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	387.500	0		0		0	0	0	0	387.500	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	496.000	0	0	0	0	0	0		496.000	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	75.600				75.600	0	0	75.600			756	75.600	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	387.500	387.500
Pensión	1	496.000	496.000
Riesgos Laborales	1	75.600	75.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	959.100	959.100



79136956

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79136956	NOE PARRA OLARTE	cra 74b # 51a 86	79136956	noeparradane77@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	\$959.100				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contenido	Subtipo	Estado	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SIN	ISE	MA	MA	APP	VCT	IRL	CORRECCION	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	79136956	PARRA OLARTE NOE	59	0		N																		230301	3.100.000	496.000	0	0	0	0	EPS037	3.100.000	387.500	14-23	3.100.000	3	75.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



79136956