



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 / MM / AAAA
01 / Abril / 2026

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS

NIT/CC No.: 52.729.679

Información Contractual

Contrato No.: 26000463 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y EN LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA LA PLANIFICACION, SUPERVISION Y EJECUCION DE PROYECTOS

Valor Honorarios mensuales: \$ 12.238.000,00

Valor Diario: \$ 407.933,00

Fecha de Suscripción: 29/01/2026

Fecha de Terminación: 31/12/2026

DD / MM / AAAA

DD / MM / AAAA

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 21-46-101137043

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO

Fecha de expedición: 29/01/2026

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 02 / Feb / 2026

DD / MM / AAAA

DD / MM / AAAA

Fecha inicio cobertura ARL: 30/01/2026

DD / MM / AAAA

Fecha inicio ejecución del contrato: 02 / Feb / 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	75826	19/01/2026	\$ 140.329.067,00	\$ 11.830.057,00	\$ 128.499.010,00
Adición 1			\$ -	\$ -	\$ -
Adición 2			\$ -	\$ -	\$ -
Adición 3			\$ -	\$ -	\$ -
Total:			\$ 140.329.067,00	\$ 11.830.057,00	\$ 128.499.010,00

Información para Pago

No. Pago: 02

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

Desde: 01 / Mar / 2026
Hasta: 31 / Mar / 2026

DD / MM / AAAA

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	C-2403-0600-51-52104E-2403080-02	\$ 12.238.000,00		\$ 12.238.000,00
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
		\$ -	\$ -	\$ -
Total a Pagar:		\$ 12.238.000,00	\$ -	\$ 12.238.000,00



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



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

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

APORTE MÍNIMO

(valores calculados sobre el valor total a pagar)

Mes Planilla SSS aportada
Planilla(s) No.
¿Es Pensionado? (seleccione)


IBC	\$ 4.895.200,00
Salud Obligatoria (12,5%)	\$ 611.900,00
Pensión Obligatoria (16%)	\$ 783.200,00
ARL <input type="text" value="Riesgo I"/>	\$ 25.600,00
Fondo de Solidaridad	\$ -
TOTAL APORTES	\$ 1.420.700,00

Tipo Cuenta Bancaria
Cuenta Bancaria No.
Nombre Entidad Bancaria

***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: 
Nombre: ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA
Cargo: DIRECTOR DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA
Dependencia: DIRECTOR DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA NA

Firma: _____
Nombre: _____
Cargo: _____
Dependencia: _____

OBSERVACIONES

**FORMATO****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, LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No. 52.729.679 expedida en BOGOTÁ, perteneciente al régimen
No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000463 H3 DE 2026
de fecha 29-Jan-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)
 Sí

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)
 Sí

Para el cálculo de retención en la fuente a título 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. (seleccione)
 Sí
(En caso de pertenecer al Régimen Simple de Tributación seleccionar la opción "NO").

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 APOORTE (Sin intereses de mora)	PLANILLA(s) No.	PERIODO	
				MES	AÑO
EPS	SANITAS	\$ 592.400,00	8360972585	Febrero	2026
AFP	PROTECCION	\$ 758.200,00			
ARL	POSITIVA	\$ 24.900,00			

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)
 Sí 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):

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- 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.

**FORMATO****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

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
Tarjeta de Identidad	1.034.788.094	SAMARA GABRIELA ROJAS GARAY	11	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

LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS

Firma



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

RUIP 1034788094

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53152172

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaria <input checked="" type="checkbox"/>	Número 4	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A Z H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.							

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
ROJAS				GARAY			
Nombre(s)							
SARARA GABRIELA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	1	4	Mez	D	I
					Día	2	8
				FEMENINO		0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	53009825-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad	
GARAY ROJAS LUZ ESMERALDA		COLOMBIANA	
Documento de identificación (Clase y número)			
CC 50729679 de BOGOTÁ			

Datos del padre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad	
ROJAS SARAY SAMUEL OSVALDO		COLOMBIANA	
Documento de identificación (Clase y número)			
CC 70801841 de BOGOTÁ			

Datos del testigo

Apellidos y nombres completos		Firma	
ROJAS SARAY SAMUEL OSVALDO			
Documento de identificación (Clase y número)			
CC 79801841 de BOGOTÁ			

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma	
Documento de identificación (Clase y número)			

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma	
Documento de identificación (Clase y número)			

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes ENE Día 15	PABLO ANDRÉS BARRAS

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53152172

NUIP 1034788024



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código 1171
--	---	---------------------------------	------------------------------------	--	--	-------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido ROJAS	Segundo Apellido SARAY		
Nombre(s) SANDRA GABRIELA			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras) FEMELENO	Grupo sanguíneo 0	Factor RH POSITIVO
Año 2019	Mes 01	Día 20	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 53609875-4
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SARAY ROJAS LUZ ESMERALDA	
Documento de identificación (Clase y número) CC 52729679 de BOGOTÁ	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ROJAS SARAY SAMUEL OSVALDO	
Documento de identificación (Clase y número) CC 79801841 de BOGOTÁ	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROJAS SARAY SAMUEL OSVALDO	
Documento de identificación (Clase y número) CC 79801841 de BOGOTÁ	Firma

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 2019 Mes 01 Día 20	IVÁN PEDRO Z. BARRERA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -





AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 1 de 8

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.	6
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.	6
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	7

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: **26000463 H3 DE 2026**

Nombre del Contratista: **LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS**

Periodo informe: **01 DE MARZO AL 31 DE MARZO DEL 2026**

Nombre de Supervisor: **ALVARO WILINGTÓN ORTIZ SUAZA**

Nombre del Interventor: **N,A**

Área perteneciente: **DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA NAVEGACIÓN AÉREA**

2. OBJETO DEL CONTRATO

SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y EN LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA LA PLANIFICACION, SUPERVISION Y EJECUCION DE PROYECTOS CNS/MET. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

3.1 ACTIVIDADES EJECUTADAS:

PERÍODO: 02 al día 28 de mes Febrero de año 2026

1. Apoyar al Despacho en la coordinación administrativa de los	Se brindó apoyo al Despacho en la coordinación administrativa mediante la participación en reuniones de articulación y	Agenda
--	--	------------------------



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

**FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN
CONTRACTUAL**

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 2 de 8

<p>proyectos CNS/MET, facilitando la articulación entre las dependencias técnicas, administrativas y directivas involucradas.</p>	<p>seguimiento, la organización de agendas estratégicas y el seguimiento a compromisos con dependencias técnicas, administrativas y directivas, contribuyendo al fortalecimiento de la planeación, supervisión y control de la Dirección.</p>	
<p>2. Consolidar, organizar y estructurar la información administrativa y estratégica asociada a los proyectos CNS/MET, garantizando su adecuada trazabilidad y disponibilidad para la toma de decisiones.</p>	<p>Se brindó apoyo en el monitoreo y control de los requerimientos institucionales gestionados mediante el correo institucional, realizando seguimiento al estado de las solicitudes asignadas a jefes de grupo y funcionarios vinculados a los proyectos CNS/MET, así como a los tiempos de respuesta establecidos. Lo anterior contribuyó a la organización y estructuración de la información administrativa, asegurando su adecuada trazabilidad y registro para el seguimiento de compromisos.</p>	<p>Presentación radar</p>
<p>3. Apoyar los procesos de planeación administrativa de los proyectos CNS/MET, mediante la recopilación, análisis y sistematización de insumos suministrados por las áreas competentes.</p>	<p>Se brindó soporte a los procesos de planeación administrativa de los proyectos CNS/MET mediante la articulación y procesamiento de información proveniente de las distintas áreas competentes. Para ello, se llevó a cabo la recopilación estructurada de insumos técnicos y administrativos, su validación y posterior sistematización en matrices de control y seguimiento. Adicionalmente, se implementaron mecanismos de organización documental y priorización de</p>	<p>correo</p>



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

**FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN
CONTRACTUAL**

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 3 de 8

	<p>requerimientos, permitiendo la consolidación de información confiable y oportuna. Este ejercicio facilitó la construcción de bases analíticas para la formulación, programación y monitoreo de acciones estratégicas asociadas a los proyectos.</p>	
<p>4. Elaborar y estructurar documentos administrativos, informes ejecutivos, presentaciones gerenciales y matrices de seguimiento, relacionados con el avance y estado de los proyectos CNS/MET.</p>	<p>Se elaboraron y estructuraron presentaciones gerenciales en formato Microsoft PowerPoint dirigidas a escenarios de comisiones internacionales, en las cuales se consolidó y sintetizó información estratégica, técnica y administrativa relacionada con el avance y estado de los proyectos CNS/MET. Para su desarrollo, se aplicaron criterios de estandarización, jerarquización de contenidos y enfoque analítico, incorporando matrices de seguimiento, indicadores de gestión y elementos gráficos que facilitaron la interpretación de resultados. Este ejercicio permitió disponer de insumos de alto nivel para la comunicación efectiva y la toma de decisiones en contextos de articulación internacional.</p>	<p>Presentaciones comisiones</p>
<p>5. Apoyar la gestión documental del</p>	<p>Se apoyó la gestión de las solicitudes recibidas a través del</p>	<p>SGDEA</p>



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 4 de 8

<p>Despacho, asegurando la organización, actualización y custodia de la información asociada a los proyectos CNS/MET, conforme a los lineamientos institucionales.</p>	<p>buzón de correo corporativo y del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA), realizando su revisión, clasificación, direccionamiento y seguimiento, con el fin de asegurar la organización, control y trazabilidad de la información tramitada en el marco de los proyectos CNS/MET.</p>	
<p>6. Coordinar y apoyar la gestión de comunicaciones internas del Despacho, orientadas a la socialización de lineamientos, avances, requerimientos y decisiones relacionadas con los proyectos CNS/MET.</p>	<p>Se coordinó y apoyó la gestión de comunicaciones internas del Despacho mediante la estructuración y socialización de contenidos estratégicos asociados a los proyectos CNS/MET, a través de la elaboración de presentaciones gerenciales orientadas a la divulgación de avances, lineamientos y decisiones clave. De manera complementaria, se gestionó el flujo de información proveniente de las diferentes dependencias, incluyendo la recepción, validación y análisis de insumos relacionados con la rendición de cuentas, asegurando su adecuada depuración y coherencia comunicativa. Posteriormente, se articuló su trámite administrativo conforme a los procedimientos establecidos, garantizando la oportunidad, trazabilidad y claridad en la</p>	<p>Presentaciones</p>



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 5 de 8

	circulación de la información institucional.	
9. Ejecutar todas aquellas actividades, trámites, o gestiones conexas, complementarias, incidentales o necesarias para el cabal cumplimiento del objeto y q sean asignadas por la supervisión.	En desarrollo de las actividades conexas y complementarias asignadas por la supervisión, se brindó apoyo al trámite administrativo de las cuentas de cobro presentadas por los contratistas vinculados a los proyectos CNS/MET, realizando su recepción, revisión preliminar y verificación de los soportes correspondientes, así como el registro y remisión al área financiera para la continuidad del proceso de validación y pago. Esta gestión permitió mantener control y trazabilidad sobre los documentos tramitados, contribuyendo a la adecuada gestión administrativa del Despacho.	RELACIÓN CUENTAS DE COBRO_DTANA.xlsx CUENTAS DE COBRO

3.2 OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

De acuerdo a lo relacionado en el numeral anterior

3.3 PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
			SI	NO



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 6 de 8

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

5 OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

5.1 (ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	NO
2	Tipo de riesgo	N.A
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	N.A
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	N.A
5	¿Fue oportuna la mitigación?	N.A
OBSERVACIONES:		

5.2 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
09/05/2024	09/05/2027

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

 AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO			
	FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN CONTRACTUAL			
Principio de procedencia: xxxx.092	Clave: GCON-1.0-12-046	Versión: 02	Fecha: 04/oct/2019	Página: 7 de 8

¿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	
26/02/2026	

5.3 PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	

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

6 PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

6.1 AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

VALOR DEL CONTRATO	\$ 140.329.067	100,00%
Cuenta No. 1 – Febrero 2026	\$ 11.830.057	8,43%
Cuenta No. 2 – Marzo 2026	\$ 12.830.057	8,72%
SALDO	\$116.668.943	83,14%

6.2 AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

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



AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

FORMATO

**FORMATO 62 INFORME DE SUPERVISIÓN Y EJECUCIÓN
CONTRACTUAL**

Principio de procedencia:
xxxx.092

Clave: GCON-1.0-12-046

Versión: 02

Fecha: 04/oct/2019

Página: 8 de 8

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.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

NOMBRE SUPERVISOR ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA
IDENTIFICACIÓN 11321443
SUPERVISOR

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52729679	LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS	CR 12 D N 27 B 30 S	31650000	periodistaesme@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68746065	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.375.500	

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	Santas EPS	800251440-6	591.600	0	0	0	0	0	2	800	0	592.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	757.200	0	0	0	0	2	1.000	0	758.200	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.800				24.800	2	100	24.900		248	24.900	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	591.600	592.400
Pensión	1	757.200	758.200
Riesgos Laborales	1	24.800	24.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.373.600	1.375.500



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#) Porcentaje Recepción de artículos5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No7 **Ejecución del Contrato**8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	1 día de tiempo transcurrido (30/03/2026 8:28:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	27 días de tiempo transcurrido (5/03/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11.830.057 COP	Pagado	Detalle

9 [Incumplimientos](#)

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> RP 75826 CTO 26000463 H3 DE 2026_firmado.pdf	RP 75826 CTO 26000463 H3 DE 2026_firmado.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ARL LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS (1).pdf	CERTIFICADO ARL LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HV Y APROBACION LUZ GARAY-signed.pdf	HV Y APROBACION LUZ GARAY-signed.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓ DE BIENES Y RENTAS.pdf	DECLARACIÓ DE BIENES Y RENTAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTA 1 FEBRERO LUZ GARAY CTO 26000463-1-61_corregida.pdf	CTA 1 FEBRERO LUZ GARAY CTO 26000463-1-61_corregida.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >